



母子保健における臨床心理学的アプローチの応用 — 子育て・子育て支援と援助環境の心理アセスメント—

瀬々倉, 玉奈

(Degree)

博士 (学術)

(Date of Degree)

2014-09-25

(Date of Publication)

2016-09-25

(Resource Type)

doctoral thesis

(Report Number)

甲第6253号

(URL)

<https://hdl.handle.net/20.500.14094/D1006253>

※ 当コンテンツは神戸大学の学術成果です。無断複製・不正使用等を禁じます。著作権法で認められている範囲内で、適切にご利用ください。



博士論文

母子保健における臨床心理学的アプローチの応用
ー子育て支援と援助環境の心理アセスメントー

平成 26 年 7 月

神戸大学大学院 人間発達環境学研究科

瀬々倉 玉奈

博士論文目次

母子保健における臨床心理学的アプローチの応用 —子育て・子育て支援と援助環境の心理アセスメント—

はじめに：本研究の目的と構成	1
第1章 母子保健事業の変遷と心理職の位置づけ	9
第1節 母子保健の目的の変遷と心理職の役割の変遷	10
1. 子育て環境の変化と「子育て支援」	
2. 母子保健の役割の変遷と心理職	
第2節 「健やか親子21」の10年間と心理職の役割の実態： 全国質問紙調査【2001調査】・【2011再調査】10年間の比較	26
1. 問題と目的	
2. 方法	
3. 結果と考察	
4. まとめ	
第3節 保健師の心理職イメージと心理職の葛藤：インタビュー調査を中心に	62
1. 問題と目的	
2. インタビュー調査の概要	
3. インタビュー調査の目的と方法	
4. 保健師へのインタビュー調査結果	
5. 心理職へのインタビュー調査結果	
6. 考察	
7. 結論	

第2章	子育て・子育て支援に関わる諸理論の検討	94
第1節	従来型個人心理療法の基礎理論の確認と子育て・子育て支援における応用	95
	1.はじめに	
	2.臨床心理学及び心理療法の基礎理論	
	3.個人心理療法における特殊な人間関係とそれに伴う危うさ	
	4.他職種との連携・協働	
第2節	乳幼児精神保健学にもとづく子育て・子育て支援	111
第3章	他職種との連携・協働のための臨床心理学的アプローチの応用	119
第1節	従来の心理アセスメント	119
	1.従来の心理アセスメントの定義	
	2.子どもの心理アセスメント	
	3.養育者と親子関係などの心理アセスメント	
	4.(援助対象の)心理アセスメント	
第2節	援助環境の心理アセスメント	133
	1.援助環境の心理アセスメントの必要性	
	2.援助環境の心理アセスメントの定義と内容	
第4章	Y保健センターに関する援助環境の心理アセスメント	142
第1節	援助環境の心理アセスメント：I.組織に関する側面	143
第2節	援助環境の心理アセスメント：II.スタッフに関する側面およびIII.援助構造に関する側面；①②③	149
	1.問題と目的	
	2.研究方法	
	3.結果と考察	

第 3 節	援助環境の心理アセスメント：Ⅲ.援助構造に関する側面④援助関係	165
	1.援助関係の図式・視覚化	
	2.援助関係の図式・視覚化を活用した工夫	
第 5 章	Y 保健センターにおける心理職と他職種との協働の実際	171
第 1 節	相談型アプローチ 1：センター来所・個別型	172
第 2 節	相談型アプローチ 2：アウトリーチ型	178
	1.事例の背景	
	2.事例の経過と援助対象および援助環境の心理アセスメント	
	3.考察	
第 3 節	相談型アプローチ 3：母子保健事業フル活用型	200
	1.事例の背景	
	2.事例の経過と援助環境の心理アセスメント	
	3.考察	
第 4 節	予防的アプローチ 1：子育て教室における養育者間スクイグル法の導入	211
	1.問題と目的	
	2.研究方法	
	3.結果	
	4.考察	
第 5 節	予防的アプローチ 2：子育て教室における養育者間スクイグル法	
	「らくがきゲーム」と託児	230
	1.はじめに	
	2.目的	
	3.研究方法	
	4.結果	
	5.考察	
第 6 章	総合的考察：母子保健における心理職の役割と他職種との協働	254
第 1 節	本博士論文の要約と全体的考察	255

第 2 節	援助環境の心理アセスメントの意義	260
第 3 節	母子保健における臨床心理学的アプローチの応用と心理職の役割	267
第 4 節	本研究の限界と展望	274

謝辞

本論文で採用した筆者論文等初出一覧

1. 瀬々倉玉奈（1996）臨床心理学的観点に立った援助法に関する一考察－心理療法の特殊性とそれにともなう危うさを中心に－.奈良女子大学 研究年報. 第 40 号. Pp.143-156
2. 瀬々倉玉奈（1999）大学における心理相談室運営の実態調査－奈良女子大学心理教育相談室の充実化に向けて－.奈良女子大学 研究年報.第 42 号.Pp.153-168
3. 瀬々倉玉奈（2000a）心理的援助における援助側のアセスメントの必要性－保健センターから家庭訪問に出向いた事例をもとに－.日本心理臨床学会第 19 回大会発表論文集.P.118
4. 瀬々倉玉奈（2000b）地域における子育て・子育て支援の一事例－保健婦をサポートするという視点から－.乳幼児心理臨床研究会平成 11 年度第 5 回.わせだ心理臨床研究会.未公開
5. 瀬々倉玉奈（2000c）援助側をアセスメントすること 試案(1)－連携スタッフとの対話から生まれる援助の可能性と限界－.京都国際社会福祉センター紀要 発達・療育研究.第 16 号.Pp.27-41
6. 瀬々倉玉奈・奥本尚子・三宅理子(2000d)乳幼児とその親に対する心理的援助の可能性－K保健センターでの試み その(1)－.日本発達心理学会第 11 回大会論文集.P.447
7. 瀬々倉玉奈・林美奈子・安部東子・奥本尚子・三宅理子（2001）地域における子育て・子育て支援の可能性－ある保健センターでの試み その（2）－.日本発達心理学会第 12 回大会発表論文集. P.93
8. 瀬々倉玉奈（2002）地域における子育て・子育て支援と心理療法.大阪樟蔭女子大学カウンセリングセンター 報告書.創刊号.Pp.42-46
9. 瀬々倉玉奈・林美奈子・奥本尚子（2003）地域における子育て・子育て支援－事例検討を通じた異職種間のコラボレーションに関する理解－. 日本発達心理学会第 14 回大会発表論文集 S133. 指定討論者：加藤道代. 司会：三宅理子
10. SESEKURA, T. (2004a) Support for children and parents at Maternal and Child Health Service.エデュケア.第 24 号.大阪教育大学幼児教育学研究室.Pp.1-11
＜査読論文 1＞
11. 瀬々倉玉奈（2004b）「子育て不安」に関わる三者の「現実」－保健センターにおける「子育て・子育て支援」現場から－.山本登志哉・伊藤哲司編著.現代のエスプリ 特集 現実に立ち向かう心理学.現代のエスプリ.第 449 号.至文堂
12. SESEKURA, T. (2005) Tro giúp tre va cha me: Kinh nghiệm rut ra tu mot trung tam y te cong cong dua vao cong doag. (子育て・子育て支援－市町村の保健センターにおける実践経験から－(ベトナム語)).編者：Vu Dung・Phan Thi Mai Huong・Ito Tetsuji・Yamamoto Toshiya (ドー・ロング・ティ・マイ・フォン・伊藤哲司・山本登志哉).Hanoi: Nha Xuat Ban Tu Dien Bach Khoa (ハノイ：百科事典出版社ベトナム) (日本学術振興会出版助成による). Pp.46-69

13. 瀬々倉玉奈 (2006) 子育て支援の諸相 (2) 「子育て・子育て支援」と理想の家族・親イメージ. 大阪樟蔭女子大学 人間科学研究紀要. 第 4 号. 大阪樟蔭女子大学学術研究会. Pp.19-26
14. 中井歩・小土井直美・徳永正直・瀬々倉玉奈 (2007) 子育て支援の諸相 (4) 子育て支援・子育て支援に関わる専門領域の協働をめぐる論考. 大阪樟蔭女子大学 人間科学研究紀要. 第 5 号. Pp.187-201
15. 瀬々倉玉奈 (2010) 母子保健領域における心理職の役割に関する全国調査. 大阪樟蔭女子大学人間科学研究紀要. 第 9 号. Pp.247-260
16. 瀬々倉玉奈 (2011) 母子保健領域における心理職の役割に関する事例研究 —鳥取県 X 市保健センターでのインタビュー調査—. 神戸大学大学院人間発達環境学研究科 研究紀要. 第 5 巻 1 号. Pp.53-66.

＜査読論文 2＞

17. Tamana SESEKURA (2012a) Application of the ‘Squiggle Game (as Psychological Play Therapy)’ to a Workshop for the Enhancement of Infant Parenting; a trial for activating parent’s intuition, playfulness and imagination. PECERA(Pacific Early Childhood Education Research Association). 13th Annual Conference (Singapore) P.182.

＜審査付き口頭発表＞

18. 瀬々倉玉奈 (2012b) 「健やか親子 21」と母子保健領域における心理職の役割. 日本子育て学会. 第 4 回大会論文集. Pp.84-85
19. 瀬々倉玉奈 (2012c) 乳幼児期の子育て教室におけるスクイグル法応用の試み —親子の前言語・非言語的コミュニケーションの疑似体験—. 国際幼児教育研究. Vol.20. 国際幼児教育学会. Pp.25-38

＜査読論文 3＞

20. 瀬々倉玉奈 (2013) 子育て教室における養育者間スクイグルと託児—親子分離の逆説的効果—. FOUR WINDS 乳幼児精神保健学会誌. Vol.6. FOUR WINDS 乳幼児精神保健学会. Pp.36-47

＜査読論文 4＞

21. 寺村ゆかの・瀬々倉玉奈・伊藤篤 (2013) 出産後早期からの親子支援としての家庭訪問に関する研究—兵庫県の実態調査を通して—. 日本子育て学会第 5 回大会発表抄録集. Pp. 92-93
22. 瀬々倉玉奈 (2013) 保健センターからの家庭訪問による親子支援と心理職. 日本子育て学会第 5 回大会発表抄録集. Pp. 94-95
23. 瀬々倉玉奈 (2013) 「子どもなんて産みたくなかった」母親と子どもへの保健センターでの支援事例—多職種協働と母子保健事業のフル活用—. FOUR WINDS 乳幼児精神保健学会第 16 回大会発表抄録集. P. 26

＜審査付き口頭発表＞

24. 瀬々倉玉奈 (査読論文として投稿予定) 「健やか親子 21」開始 10 年間の母子保健領域に

おける心理職の役割に関する全国調査

25. 瀬々倉玉奈（査読論文として投稿予定）妊娠後期の母と子への家庭訪問による危機介入
以上

博 士 論 文

母子保健領域における臨床心理学的アプローチの応用

ー子育て・子育て支援と援助環境の心理アセスメントー

人間発達環境学研究科博士課程 博士後期課程

瀬々倉 玉奈

はじめに：本研究の目的と構成

養育者の子育て不安の深刻化や児童虐待相談件数の増加、発達障害児の増加など、現代日本における親子の厳しい状況は複雑かつ複合的であり、これに応じる形で、職種異なる援助専門家が協働して「子育て・子育て支援」に取り組む必要性が提起されている。こうした多職種間の協働による支援には、これまでとは異なる新しい方向性や支援システム・支援方法、さらにはロールモデル等を明らかにしていくことが重要課題となっている。

最早期の「子育て・子育て支援」を担う母子保健領域では、2001年から10年間（後に14年間に延長）の活動指針である「健やか親子21」において、「子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減」がその大きな目標の一つとして挙げられている。例えば、乳幼児健康診査などの場で、養育者の子育て不安や子どもへの虐待予防を試みるなどの工夫が行われ、さらに児童福祉法の改正による新事業として、「乳児家庭全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業）」や「養育支援訪問事業」などが他領域との連携によって展開されている。

こうした取組に従事している職種は、保健師・助産師・保育士・心理職などであるが、既述したように、これまでとは異なる新しい枠組みを必要としている親子支援において、協働関係が効果的に機能しているかどうか、言い換えれば、互いの役割や専門性をどのように分担し発揮し合えば良いのかを的確に評価し、方向づける研究はほとんどなされてきていない。例えば、子育て・子育て支援に力を注いでいる日本臨床心理士会が主催する第9回の研修会（2013.6.）では、「子育てにかかわる多職種の協働」をテーマとしており（馬場.2013）、子育て・子育て支援における多職種との協働の重要性についての合意はあるものの、個々の現場の優れた援助実践事例を紹介す

るに留まっており、心理職が如何に他種と協働するのか、広く活用できるような理論構築には至っていない。

本研究は、心理職（臨床心理士）である筆者が、約20年間にわたり複数の保健所・保健センターにおいて他職種の支援者と協働しながら工夫を積み重ねてきた援助実践・研究を総合的に整理・分析することを通して、多職種間の協働を効果的に機能させていくために、臨床心理士の立場からはこれまでの知見を如何に活用することが可能なのか、つまり、母子保健領域における他職種との協働の際に必要な臨床心理学的アプローチの応用について、現場で実際に活用できる概念・理論を構築することを目的とする。

本論文の構成は以下である。

第1章 母子保健事業の変遷と心理職の位置づけ

1965年制定当初の母子保健法の目的は、乳児死亡率の低減、子どもの障害や疾病のスクリーニングとその対処、いわば「子育て支援」であった。時代の要請と共にその目的は変遷してきており、現在は、養育者の子育て不安や子どもへの虐待への対処、すなわち「子育て支援」が新たに加わってきている。つまり、子育て・子育て支援が現在の母子保健の目的となったのである。

この母子保健の目的の変遷に伴い、この領域で働く心理職の役割も変遷してきている。従来の母子保健の目的においては、心理学の中でも特に子どもの心理的な発達に関する知見の積み重ねが豊富な、発達心理学的なアプローチが最も有効であった。加えて、母子保健の目的に広い意味での子育て不安や、虐待の世代間伝達による子育てにあたっての不安の活性化、虐待防止などの対応が近年になって必要となったことから、不安を扱うことや面接を通して心理的な援助を行う実践知を積み重ねてきた臨床心理学的なアプローチも必要になってきている。つまり、母子保健領域に関わる心理職は、主に発達心理学と臨床心理学という2つの異なる領域の心理学の知識を身につけながら、さらに臨床心理学的なアプローチについては、個人心理療法の知見を応用するという、複雑な作業が必要とされている。

本章では、母子保健の目的の変遷と、それに伴う心理職の役割の変遷について、厚生労働省が提示した10年間（開始当初）の活動指針である、「健やか親子21」開始時と10年後に実施した質問紙による全国調査結果の比較、および、インタビュー調査結

果という量的・質的研究の両側面から検討する。

第1節 母子保健の目的の変遷と心理職の役割の変遷

まず、文献・統計資料などのレビューを通して現代の子育て環境について概観し、その時代、時代の親子が晒されている状況に応じて変遷してきた母子保健事業の目的を整理・確認し、実際に行われている母子保健事業について述べる。さらに、こうした目的の変遷に伴って、母子保健事業に従事する心理職の役割がどのように変化してきたのかを概観する。また、こうした変化には、発達心理学の知見に加えて臨床心理学の知見も必要になってきていることを確認する。

第2節 「健やか親子21」の10年間と心理職の役割の実態：

全国質問紙調査【2001調査】・【2011再調査】10年間の比較

母子保健領域における活動指針として提示された「健やか親子21」開始時の2001年度と、当初終了予定であった2011年度（後に終了予定年度が2014年度まで延長）に、全国の保健センターで母子保健事業に従事している保健師と心理職とを対象に実施した2回の質問紙調査「心理職の役割に関する全国調査」の結果を比較検討する。

第3節 保健師の心理職イメージと心理職の葛藤：インタビュー調査を中心に

比較的積極的に心理職を活用しているある保健センターにおいて、保健師と心理職とを対象に実施したインタビュー調査を、第2節の質問紙調査を補完する研究として実施した。このインタビュー調査の結果を中心に、母子保健領域における心理職の役割について、保健師からみた心理職のイメージ及び心理職への期待を明らかにすることに加えて、心理職の役割モデルの欠如からくる心理職の抱える葛藤や個々の工夫について論じる。

第2章 子育て・子育て支援に関わる諸理論の検討

本章では、まず、臨床心理学的アプローチの基本である心理療法の概念を整理し、精神分析から展開された対象関係論について述べる。さらに、心理療法において生起し重要な役割を果たす一方、扱いを間違えると危険性をも伴う転移という特殊な現象について論じ、この現象故に、安易にどこでも心理療法的な関わりを行うべきではないことを主張する。

その上で、現在必要となってきた多職種との「協働」、「連携」などの用語の定義の確認を行う。

さらに、精神分析、対象関係論をベースにしながらも、超学際的と表現されるほどに発展・展開されてきた乳幼児精神保健学の基礎理論を概観する。

子どもへの虐待の背景として、現代の子育て環境の厳しさが挙げられる一方で、養育者の被虐待体験の世代間連鎖との関係が指摘されている。このことから、虐待を養育者による単なる加害とするのではなく、親子の関係性の不具合、すなわち「関係性障害」と捉え、乳幼児と養育者を一つの単位として早期からアプローチすることを基本としているのが、この乳幼児精神保健学分野の特徴である。

第1節 従来型個人心理療法の基礎理論の確認と子育て・子育て支援における応用

子育て不安や子どもへの虐待など心理的な不安が関係する問題については、臨床心理学的なアプローチが有効であるが、個人心理療法とは異なる構造では、心理療法そのものではなくその応用が必要である。なぜ、応用が必要なのか、その理由を心理療法のもつ特殊性、すなわち転移現象の生起とそれに伴う危険性をもとに論じる。

さらに、多職種との間で行う「協働」の定義を確認し、「連携」との違いについて整理する。

第2節 乳幼児精神保健学にもとづく子育て・子育て支援

子育て・子育て支援において重要な観点として日本でも認められつつある乳幼児精神保健学の基礎理論について概観する。

第3章 他職種との連携・協働のための臨床心理学的アプローチの応用

他職種との協働のもとで実施する臨床心理学的アプローチの応用とその為に必要な2つの心理アセスメントについて考察する。

第1節 従来心理アセスメント

母子保健事業の課題が変化したことから、その援助対象の心理アセスメントの内容も改善の必要性が生じている。従来から実施されてきたこの子どもの発達という側面の心理アセスメントについては、新しく発達障害に関するアセスメントを加える必要

性が指摘されている。このことから、これまでの3歳児健診で終了していた乳幼児健診の後に、5歳児健診を行う自治体が少しずつ増えてきている。

さらに、母子保健事業開始当初の目的に、子育て不安への対応や子どもへの虐待防止等といった子育て支援が加えられたことから、援助対象の心理アセスメントの内容にも、親子関係、養育者の心理状態が加えられつつあることについて述べる。

第2節 援助環境の心理アセスメント

本節では、他職種との協働による臨床心理学的アプローチの応用の際、従来から実施されている「援助対象の心理アセスメント」に加えて特に必要であると筆者が考える「援助環境の心理アセスメント」について論じる。

第4章 Y保健センターに関する援助環境の心理アセスメント

本章では、その自治体で初めての心理職として筆者が関わったY保健センターを「援助環境のアセスメント」の視点から検討する。

第1節 援助環境の心理アセスメント：Ⅰ.組織に関する側面

本節では、援助環境の心理アセスメントのうち、心理職がその組織に参入する際に必要な作業である、Ⅰ.組織に関する側面について具体的に示す。

第2節 援助環境の心理アセスメント：Ⅱ.スタッフに関する側面およびⅢ.援助構造に

関する側面；①②③

Ⅱ.スタッフに関する側面及びⅢ.援助構造に関する側面について、Y保健センターを例に具体的に示す。

第3節 援助環境の心理アセスメント：Ⅲ.援助構造に関する側面；④援助関係

Ⅲ.援助構造に関する側面；④援助関係をアセスメントするために、Y保健センターにおける他職種との援助関係を図式化し、従来型の個人心理療法や親子並行面接と、どういった相異点が認められるのかを視覚的に理解した。

第5章 Y保健センターにおける心理職と他職種との協働の実際

本章では、筆者が援助対象の心理アセスメントおよび援助環境の心理アセスメントをもとに、他職種との協働によって行ってきた援助事例を検討する。

なお、本章で扱う事例については、保護者や支援を行った保健所・保健センターに、研究上の活用を許可されているが、個人情報保護の観点から、援助実施地域、援助を行った時期などを明示せず、家族構成なども論文の主旨を損なわない範囲で加工を施している。

第1節 相談型アプローチ1：センター来所・個別型

本節では、Y保健センターでの通常の援助形態であるセンター来所・個別型について述べる。援助対象の親子が保健センターに来所し、保健師・保育士・心理職が協働して行う個別型の援助について、援助対象（親子）のアセスメントと、援助環境の心理アセスメントの結果をあわせて考えた場合に可能となる援助構造の活用について、幾つかの事例を簡単に紹介しながら論じる。

第2節 相談型アプローチ2：アウトリーチ型

強い育児不安を訴える妊娠後期の母親とその子どもらに対して実施した家庭訪問による危機介入事例について考察する。

家庭訪問という援助の形態は、保健師の職制には初めから含まれているが、保育士や心理職にとっては、新規のものである。筆者にとって初めて行った家庭訪問という従来とは異なった援助構造は、援助対象の心理アセスメントと共に援助環境の心理アセスメントという2つのアセスメントの重要性を強く意識する経験であった。

また、多くの場合、次子の妊娠によって当たり前のように中断してしまう長子の相談援助についても、再考する必要性を痛感した事例でもあった。

面接の中で母親が語った内容は、臨床心理士でなければ対応できない内容を多く含んでおり、必要に応じて家庭訪問による臨床心理的アプローチを行うことの必要性を教えられた。また、母親の不調により緊張し萎縮していた子どもらに、保育士が家にやってきて関わってくれることの大切さや保健師の役割など、多くのことを教えられた事例について考察する。

第3節 相談型アプローチ3：母子保健事業フル活用型

子どもを受け入れがたい母親とその子どもへの支援事例について報告する。初回面接から、親子の様子は緊張に満ちたものであった。子どもは経験不足なのか子ども自身の資質によるものなのか見極める必要のある様子が認められた。援助対象の心理アセスメント結果からは、親子共に間断なくきめ細やかな援助が必要であると考えられた。

一方、援助環境の心理アセスメント結果からは、母子保健事業をフル活用することで保健センター全体としての支援頻度を増やし、様々な角度から親子を支援する必要が理解できた。

その為、可能な限りのスタッフ間の協働と母子保健事業の活用を行いながら支援を行った。保健師・保育士・心理職を中心とした多職種間の協働と、保健センター内で実施される個別面接、親子教室（グループ遊び）、養育者を対象としたワークショップ「らくがきゲーム」等様々な母子保健事業をフル活用し、他機関との連携も経て、少しずつ親子関係が紡ぎ直されていった経過について、主に援助環境の心理アセスメントの観点から報告し、母子保健領域ならではの親子支援について考察する。

第4節 予防的アプローチ1：子育て教室における養育者間スクイグル法の導入

第5節 予防的アプローチ2：子育て教室における養育者間スクイグル法

「らくがきゲーム」と託児

保健センターにおける子育て・子育て支援では、公衆衛生という観点から問題発生や深刻化の予防的な関わりを重視しているのも特徴の一つである。これに対して、個人心理療法の場合は、既に症状形成がなされているなど、問題が形をなしてしまっているものに対応しようとするのが基本であり、この点で保健センターにおける子育て・子育て支援と個人心理療法の目的は大きく異なっている。

本節では、親子の関係生成の促進と子どもへの虐待予防という観点から、子どもの心理療法で行われるスクイグル・ゲームを筆者が応用した「らくがきゲーム」の実践をもとに考察する。その際、子育て教室における親子分離という、一見矛盾する設定が意味をもつことについても言及する。

第6章 総合的考察：母子保健における心理職の役割と他職種との協働

本章では，これまでの総括と今後の展望について述べる。

第1節 本博士論文の要約と全体的考察

第2節 援助環境の心理アセスメントの意義

第3節 母子保健における臨床心理学的アプローチの応用と心理職の役割

第4節 本研究の限界と展望

謝辞

文献

馬場禮子編（2013）臨床心理士子育て支援合同委員会第9回子育て支援講座講演集．臨床心理士子育て支援合同委員会

第 1 章 母子保健事業の変遷と心理職の位置づけ

1965 年に母子保健法が制定された当初の目的は、乳児死亡率の低減、子どもの障害や疾病のスクリーニングとその対処、いわば「子育て支援」であった。子育てをめぐる状況の変化という時代の要請と共にその目的は変遷しており、現在は、養育者の子育て不安や子どもへの虐待への対処、すなわち「子育て支援」が加えられている。つまり、「子育て・子育て支援」が現在の母子保健の目的となっているのである。

この母子保健の目的の変遷に伴い、この領域で働く心理職の役割も変遷してきている。一般的に「心理学」というと、心理学全般に詳しいと誤解されがちであるが、同じ子どもと養育者を対象としていても、その観点やアプローチの方法がかなり異なる 2 つの心理学の分野が、母子保健に関わるようになってきているのである。つまり、従来の母子保健の目的においては、心理学の中でも特に子どもの心理的な発達に関する知見の積み重ねが豊富な、発達心理学的な観点からのアセスメント（発達検査）やアプローチが最も有効であった。近年は、それに加えて、母子保健の目的に広い意味での子育て不安や、虐待の世代間伝達による子育てにあたっての不安の活性化、虐待防止などの対応が必要となったことから、不安を扱うことや面接を通して心理的な援助を行う実践知を積み重ねてきた臨床心理学的なアプローチも必要になってきている。つまり、母子保健領域に関わる心理職は、主に発達心理学と臨床心理学という 2 つの異なる領域の心理学を身につけながら、さらに臨床心理学的なアプローチについては、個人心理療法の知見を応用するという、複雑な作業が必要とされてきている。

本章では、母子保健の目的の変遷と、それに伴う心理職の役割の変遷および現在の位置づけについて、以下の方法で検討する。第 1 節においては、関係省庁などが発表している統計データや先行研究、第 2 節では、厚生労働省が提示した母子保健に関する 10 年間（開始当初）の活動指針「健やか親子 21」開始時と、その 10 年後とに筆者が実施した母子保健における心理職の役割に関する全国調査の比較検討結果、さらに、第 3 節では、第 2 節で検討した量的研究では把握しきれない内容を補完する質的調査として実施した、ある保健センターでのインタビュー調査結果を検討する。

第1節 母子保健の目的の変遷と心理職の役割の変遷

まず、文献・統計資料などのレビューを通して現代の子育て環境について概観し、その時代、時代の親子が晒されている状況に応じて変遷してきた母子保健事業の目的を整理・確認し、実際に行われている母子保健事業について述べる。さらに、こうした目的の変遷に伴って、母子保健事業に従事する心理職の役割がどのように変化してきたのかを概観する。また、こうした変化には、発達心理学の知見に加えて臨床心理学の知見も必要になってきていることを確認する。

1. 子育て環境の変化と「子育て支援」

(1) 子育て環境の変化

現代の日本で子育てに関する知識や技術について知ることはたやすい。書店に行けば従来からある育児書だけでなく、多種多様な育児雑誌や子育てをテーマにした文献が並んでおり、新聞紙上においても、頻繁に子育てに関する記事が特集されている。さらに、パソコンや携帯電話からインターネット上の子育てに関する情報にアクセスすることも容易で、スマートフォン用には幾つもの子育て関係のアプリが開発されている。子育て中の養育者達が、Facebook や SNS, LINE などの情報通信技術 (ICT) を使って交流することも可能であり、いまや、ICT を子育て支援にどのように活用するかということは、地方自治体のみならず、総務省なども関与する重要な課題ともなっている (総務省.2014)。

一方、女性が一生の内に産む子どもの数に相当する合計特殊出生率は、1947年の4.54人に対して、1989年には「1.57ショック」ともいわれる少子化傾向を示し、2000年には3分の1以下の1.36人、2013年には、1.39人と微増してはいるものの、少子化傾向は顕著である。少子化の背景には、以下のような理由が一般的に挙げられている。①女性の高学歴化と社会進出、②長期間に及ぶ経済不安による雇用問題、③結婚観の変化による晩婚化や非婚化による生涯未婚率の増加、④子育ての負担感、子育てと仕事との両立の負担感等である。これらについては、後述する。

少子化という問題はあるものの、多産多死の時代から見れば、「少なく産んで大切に育てる」状況になっており、現代の日本は一見、とても子育てのしやすい環境のようにさえ見える。ところが、その一方で、子育て不安が蔓延し、子どもの虐待が増加しているだけでなく、深刻な質的变化が生じてきている。「子育て不安」という用語は、学術的には明確

に定義された用語ではなく、ちょっとした子育てに関する気がかりから、虐待に至ってしまうような育児ノイローゼまで、質やその程度に大きな差がある中で、曖昧なまま広く使用されている（高橋・1998）。

子育て不安は、以下のような形でも現れている。現在ではすっかり定着した感があるが、1990年代半ば頃から「公園デビュー」なる言葉がマスコミなどで取り上げられるようになった。公園デビューとは、近所の公園に初めて乳幼児を連れて行くことを言う。「デビュー」ということばには、期待や希望と共に、不安や緊張がうかがえる。この晴れがましい場面で、先客の母親たちと仲良くなることが出来ずに「公園デビュー」に失敗し、挨拶をしても無視されるなどの憂き目にあった母親は、我が子を抱えて公園から公園へと渡り歩くこととなるといった、冗談ともとれないような現象が取り上げられたりもした。

育児雑誌の読者投稿欄には、匿名であることも影響してか、母親たちが切々と子育てのつらさを訴えており、最後に「読んで下さってありがとうございます」と締めくくられることがよくある。これがそのまま本のタイトルになった「読んでくれて、有り難う」(1996)が出版され、それが多くの母親の共感を得たことから、「続『読んでくれて、ありがとう』」（プチタンファン編集部・編・2001）として2巻目が出版されている。乳幼児期の親子を対象とした心理相談の場面で、「やっと、相談することができました。」「聞いてくれてありがとう。」「聞いてもらって少し楽になりました。」といった言葉が、面接の初期に母親からよく発せられるのを筆者も聴く。誰にも言えずに苦しんでいた母親の閉塞した状況、切羽詰まった状況が連想される切ない言葉である。

さらに、養育者が子どもを死に追いやってしまうという、悲惨な事件が連日のように報道されている。村瀬（1998）によれば、日本で初めて児童虐待という言葉が使用されたのは、1933年、児童の労働を搾取することを防止する目的で制定された旧「児童虐待防止法」においてである。この旧法は、1947年の児童福祉法の制定により廃止され、第34条に児童虐待の禁止が掲げられている（中村・山田・長谷川・2009）。その後、約50年を経て、2000年には新たに「児童の虐待の防止等に関する法律（児童虐待防止法）」が制定され、2004年に改正されている。もともと、これより以前から、極端な貧困と多産からくる嬰兒殺しや子どもの身売り奉公、売春目的の子どもの人身売買などといったことが行われていた暗い時代が存在している（滝野・1999）。池田（1987）は、このような児童虐待を「社

会病理としての児童虐待」とし、今日、日本で問題になっているような児童虐待については「精神病理としての児童虐待」「家族病理としての児童虐待」として、前者を「貧困社会型」、後者を「文明型」と分類し区別している。

児童相談所で扱った子どもの虐待件数は、厚生労働省が統計を取り始めた1990年度には1,101件であったが、児童虐待防止法が成立した2000年度には17倍以上の18,804件に（才村、2001）、2011年には54倍の59,919件に達しており、虐待による子どもの死亡は殆どの年で50人を超えている（厚生労働省、2012）。児童虐待については、養育者の子ども時代の被虐待体験が影響しているとする虐待の世代間伝達（世代間連鎖）との関係が指摘されており、この負の連鎖を如何に断ち切るのかは大きな課題である。

一方で、西澤（1994）は諸外国や国内での調査データから、虐待を受けて育ちながらも虐待傾向を示さない親が70%近くいることに注目すべきであるとしている。子どもへの虐待防止や予防に関わる支援者にとって、この理由を確かめることは重要である。

以上のように、現代の日本は一昔前とは違うかたちで、子育てが難しい状況に立ち至っており、行政レベルや民間レベルを問わず「子育て支援」の必要性が訴えられている。この背景には一体何があるのだろうか。

第二次世界大戦敗戦後の高度経済成長期、日本の労働形態は農林水産業を中心とした第一次産業から、第二次・第三次産業へと転じたことにより、家族や地域全体で仕事に取り組む形態から主に夫が企業などへ所属する形のサラリーマンへと大きく変化した。この産業構造の変化は、家族構造にも影響し、複合家族や拡大家族といった多世代同居から核家族の定着化へと至った。これによって、親族や地域からも切り離され、母親一人に子育て役割が集中したことが、子育て不安が蔓延化した一因であるとする指摘が一般的になされている。

小泉（2007）は、江戸時代の子育てについてまとめており、1人の子どもに沢山の親がいた例をあげている。現在でも知られる「名付け親」や「乳母（乳付け親・乳親）」など以外にも、例えば、出生前の在胎（妊娠）5か月目に岩田帯を締める「帯親」、生まれた赤子を抱いて戸外へ出た際に初めて出会う「行き会い親」、子どもが4、5歳になるまでめんどろをみる子守役の「守親」、子どもが成人した後の婚礼の際に仲人役を務めた「仲人親（杯親）」など、多くの仮親（擬制親族）の存在があったことが記されている。これは、「隣の

人は何する人ぞ」と表現されて久しい現代の人間関係の中で、母親が1人子育てに奮闘する姿とは対照的である。

また、女性の高学歴化が少子化や子育て不安の高まりに関係しているとする指摘も一般的である。内閣府の男女共同参画白書（2012）によると、1952年の男子の大学進学率は13.3%、女子の進学率は2.2%であったが、2011年度には男子56.0%、女子45.8%となっている。加えて、女子全体の10.4%は短期大学へ進学しており、これをあわせた女子の高等教育機関への進学率は56.2%となっており、高学歴化の傾向は顕著である。内閣府（2013）の調査によると、日本においては高学歴の女性ほど初婚年齢は高くなっており、2011年の平均初婚年齢は妻が29.0歳（夫は30.7歳）と、明らかな晩婚化傾向が認められる。加えて、先進諸国における婚外出生の割合は、最も高いアイスランドが65.0%、次いでノルウェーの55.0%であるが、日本においては2.2%と極端に低い（母子保健事業団.2013）ことを考慮すると、少子化への影響は否めない。事実、2011年には初産年齢の平均が30.1歳となり、30歳を越えている（内閣府.2013）。従って、産婦が35歳以上の高齢出産の傾向も強まっているが、このことは、胎児や妊産婦に様々なリスクが伴うだけでなく、時に、乳幼児の子育てと老親の介護が同時に発生するという大きなライフ・イベントが重複する事態も招き得る。

長年、日本の女性の年齢別労働力率については、20代後半から30代前半が結婚・子育てのために低くなる、M字カーブが特色とされてきており（母子保健事業団.2013）、子育て中の専業主婦については、高学歴で社会進出が著しいにもかかわらず、子どもを産むと多くの場合は仕事を辞める傾向は変わっていない。子育て不安は、退職によって「ただの母親」になってしまうことによる、アイデンティティの拡散の問題だとの指摘が長くなされてもきた。

この現代女性の困難とアイデンティティの拡散の問題については、思春期・青年期から既に問題が認められている。管（1998）は、女性の社会進出や活躍が少しずつ進んでいる一方で、女性に求められる役割は、伝統的な「女を磨く」という仕事や「家事・出産・育児」に加えて、社会で活躍できることをも求められるようになってきていると表現している。さらに、その準備段階である思春期・青年期の女性は、良い学歴、成績の向上を求められ、女性性を発達させることと同時に、男性性をも発達させるという、至難の業をなすことを求められるようになってきたとしている。現代女性に求められる役割は、変化したのではなく増大しているのである。

一方、女性の高学歴化だけではなく、長く続く経済の不安定な状況から、近年、20代後半から30代前半の女性の労働力率は伸びてきており、将来にわたって伸びることが予想されている（母子保健事業団.2013）ことから、夫婦共に就業しながら、子育てをしている場合には、育児の経済的・肉体的・心理的な負担感や仕事との両立の負担感も高く、結果的に理想としていた子ども数を持てなかった夫婦が増加している。

また、大日向（1998.1999）は、多くの著書の中で、母性（愛）神話という用語を用いて伝統的な母性観への反証を行っている。その中では、女性であれば誰でも母性が生得的に備わっていると信じて疑わない母性神話（又は、母性愛神話）によって、男性だけでなく女性自身も縛られてきたが故に、子育てに関する諸条件の検討や工夫などが行われずに来てしまったと指摘している。大日向は、母性は生まれつきのものではなく育つものであり、子育てのあり方には様々な工夫の余地があることを例証している。少子化の影響によって、少女から母親になる過程での子どもとの関わり体験が少ないことが、自分の子どもとの関わりでのイライラ感を増長するとする原田（2006）の膨大な調査データの分析結果をもとにした指摘を考えれば、現代の母親にとってこの母性愛神話は、より、深刻な影響をもたらすと推察される。

さらに、田中（1997.1998）は、第二次世界大戦敗戦後の母性の変質をあげている。田中は、現代の日本の母親が抱える子育て不安には、漠然としたわけの分からない不安、空虚感とも呼べるような、心の中心軸の欠損感があるのではないかと指摘している。その背景には、彼女たちの親世代が敗戦を境に、何の猶予も与えられないことなく180度違った価値観を持たざるを得なかったことが影響しているのではないかとしている。

既述したように、個のレベルで子どもの虐待を考える際には、虐待をしている親の多くが、かつて被虐待児であったとする虐待の世代間伝達を念頭におくべきだとされている。個を超えて戦争というとてつもない加害と被害による傷つきを抱えながら、客観化、対象化しないまま来た世代の関係性は、どう伝わっていくのだろうか。非常に困難な課題ではあるが、今後、しっかりと考えていくべき問題ではないだろうか。

1999年、幼稚園児の殺人という衝撃的な事件が起きた。容疑者は、教育熱の非常に高い東京の文京区に住む同じ幼稚園に子どもを通わせていた別の母親であった。この事件の波紋は、意外な方向に広がりを見せ、子育ての重圧にあえぐ多くの母親たちが、容疑者と自分の姿を重ねたのである。1999年12月1・2日付けの朝日新聞朝刊で「母たちの叫び

文京区女兒殺害事件に思う「上・下」と題された特集記事には、わずか二日半の間に 820 通ものたよりが寄せられたという。

この現象には、日本特有の子育て不安のあり方として虐待不安があるとする先の田中（1998）の指摘に通じるものがある。「子どもを虐待しているのではないか」「いつか子どもを虐待するのではないか」といった不安が蔓延しているのである。

これまで観てきたように、子育ての難しさと少子化の問題は、その時代の幾重にも重なる諸条件と関係しており、その対応についても一筋縄ではいかない。次項では、現況の中で行われている子育て支援政策や対策の変遷について概観する。

（2）子育て支援政策・対策の変遷

（1）で述べたような状況下において、様々な子育て支援政策が行われている。図 1.1.1 は、平成 24 年版厚生労働白書からの引用である。1990 年の合計特殊出生率が 1966 年の「ひのえうま」の年よりも下回ったことから「1.57 ショック」と呼ばれ、この頃から 1994 年には「エンゼルプラン」、1999 年には「新エンゼルプラン」を策定し、仕事と子育ての両立や子どもを産み・育てやすい環境作りを目指すも、少子化への歯止めとならなかったことから、2002 年には「待機児童ゼロ作戦」を含んだ「少子化対策プラスワン」が、2003 年には子どもを育てる家庭を社会で支えるという「次世代育成支援対策推進法」が制定されている。この推進法は、これまでの様々なプランにおける「努力義務」であったものを全ての自治体と 301 人以上の労働者を雇用している事業主にも義務化し、実際的な行動計画を策定・実施するという画期的なものであった。

2010 年 1 月には、「子ども子育てビジョン」及び「子ども・子育て新システム」が制定され、目指すべき社会への 4 本柱として、「1. 子どもの育ちを支え、若者が安心して成長できる社会へ。」「2. 妊娠、出産、子育ての希望が実現できる社会へ。」「3. 多様なネットワークで子育て力のある地域社会へ。」「4. 男性も女性も仕事と生活が調和する社会へ（ワーク・ライフバランスの実現）」があげられるに至っている（図 1.1.2）。2010 年 6 月、「子ども・子育て新システムの基本制度案要綱」が定められ、政府の推進体制や財源の一元化、支援実施主体となる基礎自治体の重視、幼稚園・保育所の一体化（幼保一元化）、多様な保育サービスの提供などをうたった制度構築が始まった（奥山.2012）

2012 年には、子ども・子育て関連 3 法と呼ばれる、「子ども・子育て支援法（平成 24 年

法律第 66 号)」「就学前の子どもに関する教育，保育等の総合的な提供の推進に関する法律の一部を改正する法律（平成 24 年法律第 65 号)」「子ども・子育て支援法及び就学前の子どもに関する教育，保育などの総合的な提供の推進に関する法律の一部を改正する法律の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律（平成 24 年法律第 67 号)」が制定されている（内閣府・文部科学省・厚生労働省.2013）。

上述した子育て支援政策・対策の過程で実施されてきたより家庭に身近な子育て・子育て支援の代表例としては，生後 4 か月までの乳児家庭全戸に自治体から家庭訪問を行う「乳児の全戸訪問（こんにちは赤ちゃん事業）」等，「ひろば型」「センター型」「児童館型」などによる地域子育て支援センターに関する「地域子育て支援拠点事業」，地域住民が子育てを相互に支え合うための支援システムである「ファミリーサポートセンター事業」などをあげることができる。これらについては，大豆生田・太田・森上（2012）に詳しい。

次項 2 では，1 で概観した子育て環境の変化の元で行われている子育て支援政策や対策の変遷と母子保健の役割の変遷，及び，母子保健領域で働く心理職の役割の変遷について述べる。

少子化対策

概要

子育て支援対策の経緯

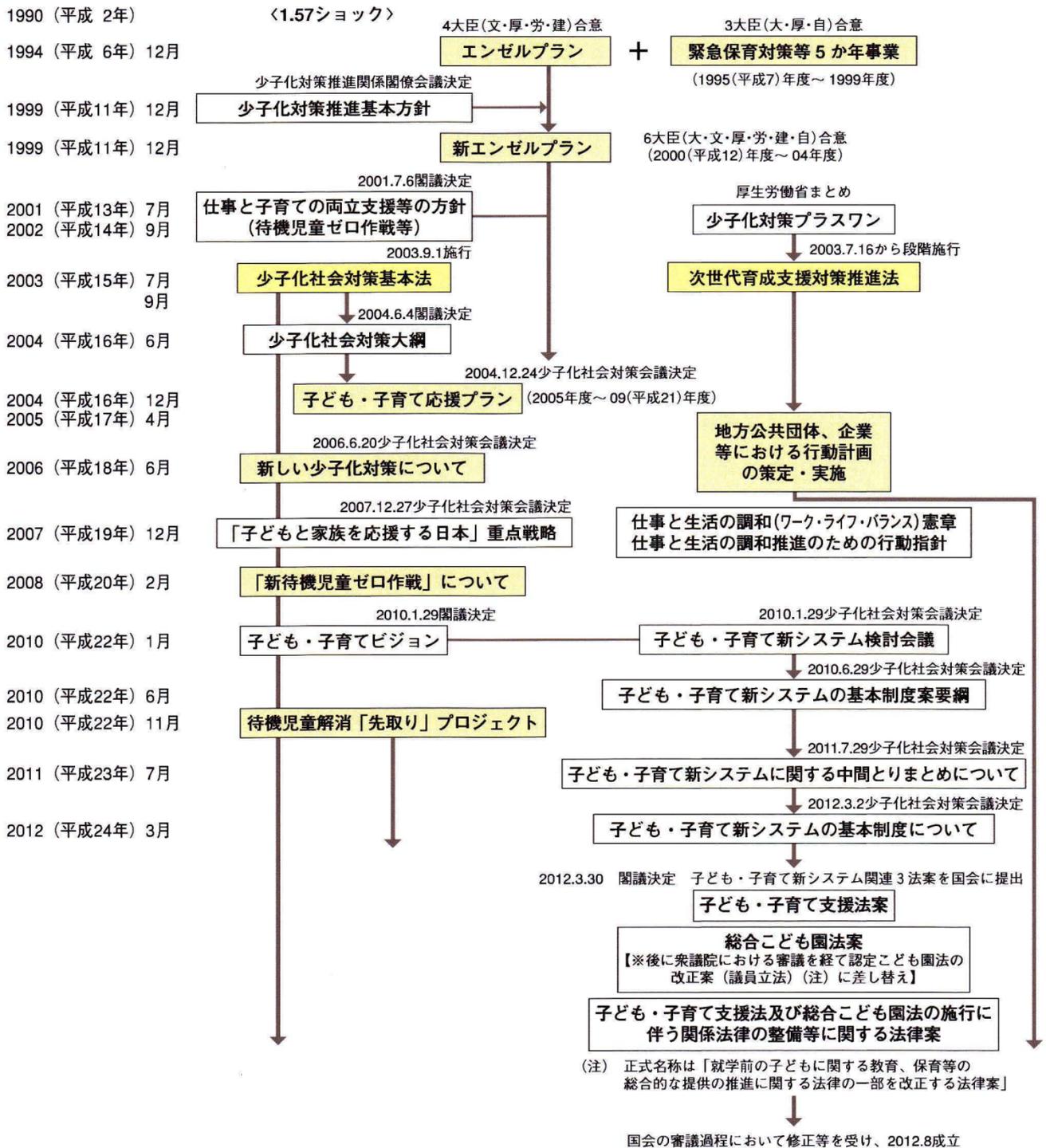


図 1.1.1 子育て支援対策の経緯 (平成 24 年版厚生白書より引用)

「子ども・子育てビジョン」(平成22年1月29日閣議決定)

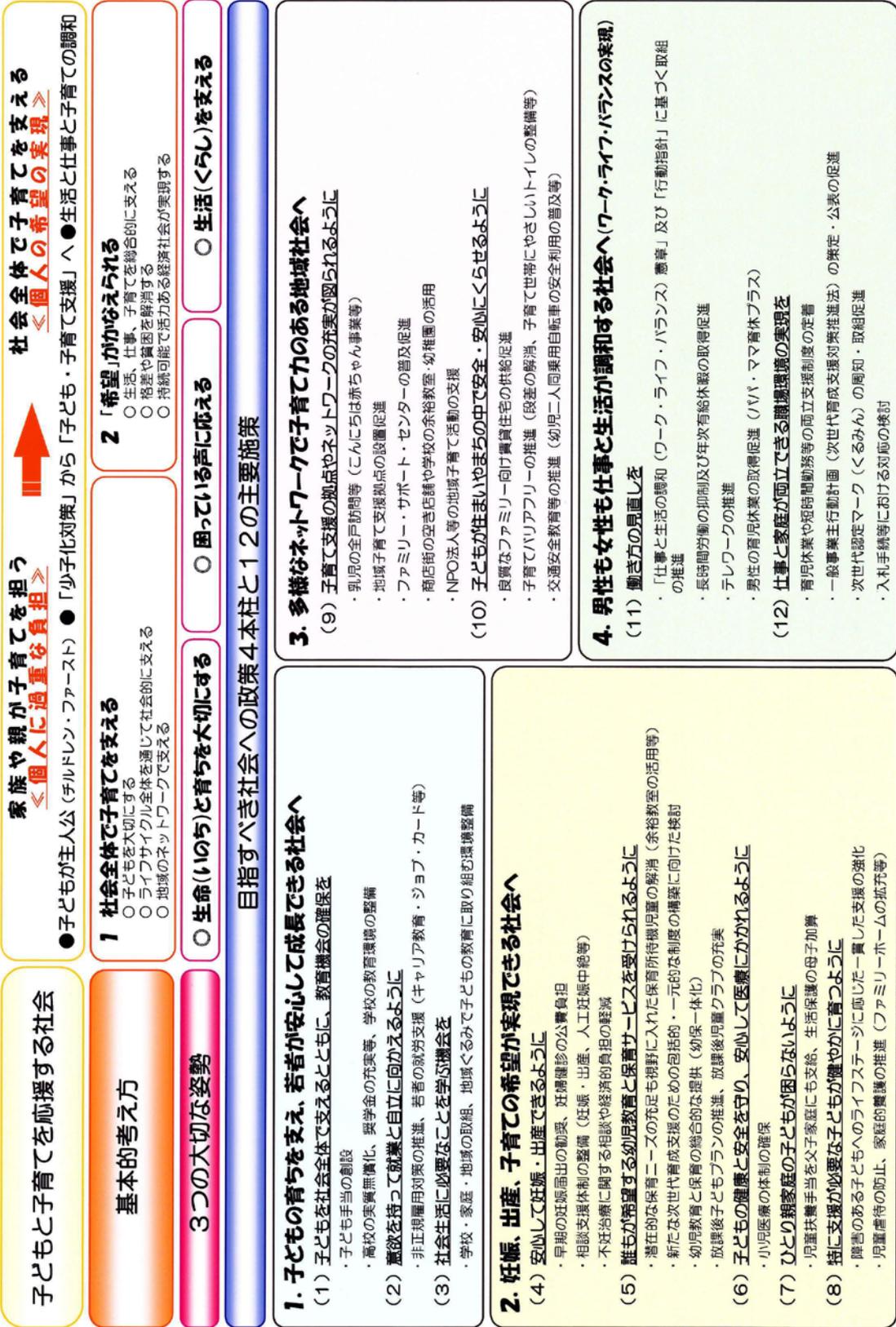


図 1.1.2 子ども・子育てビジョンの概要(2010年少子化社会対策会議閣議決定資料(厚生労働

2. 母子保健の役割の変遷と心理職

(1) 母子保健の役割の変遷

1で述べた子育て環境の変化と支援対策との関係の中で、母子保健はどのような変遷を辿ってきたのだろうか。以下、「わが国の母子保健平成25年（母子保健事業団.2013）」をもとに整理する。

日本の母子保健の始まりは、1916（大正5）年に乳児死亡を減少させるため保健衛生調査会が設置され、数年間にわたり母子衛生に関する実態調査を実施したこと、その後全国主要都市に小児保健所設置の動きや、地方自治体及び民間事業として妊産婦に対する巡回産婆や産院、乳児院などが徐々に普及してきたことに端を発している。

1937年には保健所法が制定され、初めて母子保健事業が行政の軌道にのる。同年に母子保護法、翌年には社会事業法が制定されたことにより、公衆衛生と社会福祉の両面から母子に対する保護が進められることとなった。

1940年には、戦時体制下で国民体力法が制定されて、乳幼児の健康診査や保健指導が行われ、1902年に妊産婦手帳が創設されているが、太平洋戦争へと国が向かっていく中、成果をみることなく終戦を迎えている。

戦後の母子保健行政は、GHQ（占領軍総司令部）の指示と援助によって、大きく飛躍したとされる。1947年、厚生省（現厚生労働省）内に児童局（現雇用均等・児童家庭局）が、さらにその局内に母子衛生課（現母子保健課）が設置され、母子保健行政の所管となった。同年には児童福祉法が制定され、翌1948年には母子衛生対策要綱が決定されている。これに基づき、以下に挙げる保健・福祉対策が実施されてきた。

1948年：妊産婦・乳幼児の保健指導

1954年：育成医療

1958年：未熟児対策

1961年：新生児訪問指導

3歳児健康診査

その結果、乳児死亡率はめざましい改善を見せるなど、母子保健の水準は戦前とは比較にならないほどの改善を示した。しかし、乳児死亡、周産期死亡、妊産婦死亡など、なお

改善の必要に迫られている問題が残っていた。

1965年、母子保健法は対感染症対策と乳幼児死亡率を減少、つまり、母性並びに乳幼児の健康の保持・増進をはかるため、母子保健の原理を明らかとし、保健指導、健康診査、医療等の措置を講じ、国民保健の向上に寄与することを目的に（高野・柳川・加藤.2008）単独法として制定され、その後約30年の年月を経て1994年に改正され（住友.2000、高野.2000）現在に至っている。この間、日本の乳児死亡率（出生千対）は、1900年に155.0であったのに対し、2000年には約48分の1の3.2、2011年には2.3と世界有数の低さに抑えられるようになってきている。乳児死亡率は、地域・社会全体の生活水準や衛生状態、保健水準を表す指標の一つであり（母子保健事業団.2013）、これは世界で1、2位を争う水準である。さらに、新生児医療の発展もめざましく、アジア及び日本で一番小さく産まれた新生児は、265gで誕生しながら、その後元気に退院している（渡邊.2012）という。

1994年の母子保健法改正では、地域に根ざす市町村の保健センターが「子育て支援」の中心的役割を担う機関として位置づけられた。丹羽（1999）は、これを「啓蒙型」・「片道指導型」育児支援から「共感型」育児支援への転換と表現し、成木（1996）は、「疾病指向型（スクリーニング）」から、「健康指向型（ヘルス・プロモーティング）」への転換と表現している。どちらも意図するところは共通しているといっていよう。

（2）母子保健における心理職

心理職は、母子保健にいつ頃から、どのようにして関わり始めたのであろうか。以下、「母子保健行政法令・通知集 平成24年」（母子保健事業団.2012）をもとに検討する。1965年に制定された母子保健法の第8条の2には、母子保健に関する事業の一部の実施を委託することができる職種として、医師、助産師、「その他適当と認められる者」という記述が認められる。当初から、1歳6か月児健康診査（以下、「1歳半健診」）、および3歳6か月児健康診査（3歳半健診）が行われていることから、何らかの形で心理職が関わっていたのではないかと考えられる。

1996年の「母性、乳幼児に対する健康診査及び保健指導の実施について」の通知文では、母子保健の向上のためのマンパワーとして、医師、歯科医師、保健婦（士）、助産婦、看護婦（士）、栄養士、歯科衛生士、保育士と併記して「心理相談を担当する者」という表現が認められる。心理職に関しては、国家資格がないために、このような表現になっているものと推察される。このように、母子保健領域における心理職の役割については、1965

年の母子保健法制定から現在に至るまで、法的にはほとんど明記されたものがないというのが現状である。

一方、次節で述べる 21 世紀の母子保健領域における活動指針、「健やか親子 21」では、4 つの課題の一つが「子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減」とされ、まさに心理職の貢献しうる課題であることが理解できる。しかしながら、先の通知文と心理職の扱いについては変わりなく、この課題の達成度を評価するスタッフに関する指標は、「親子の心の問題に対応できる技術を持った小児科医の数」となっている。

親子の心の支援が大きなテーマになっているにもかかわらず、心理職についての言及が殆ど無いことに、心理職として約 20 年間複数の保健所・保健センターに関わってきた筆者は違和感を禁じ得ない。この状況の背景の一つには、母子保健に関わる殆どの職種が、厚生労働省管轄の国家資格である一方、心理職は未だ国家資格を持たないということが挙げられるだろう。もう一つは、母子保健領域における心理職の役割、さらには、一般化できるような援助モデルが殆ど無いということが挙げられる。

もちろん、乳幼児健診などに関わる量的な研究を中心に、庄司（2008）や吉田（2008・2012a・2012b,etc.）らが継続的に行っているほか、加藤（2004）は保健センターにおける子育て支援について、一般化された知識や技法だけに依拠するのではなく、親子の居住地域や居住形態の特性、気候、風土、風習などによる差異を考慮して、対象者にとっての問題性や解決のあり方をより具体的に考えていくことが必要であるとするなど、示唆に富んだ指摘をしている。また、田丸（2010）は 20 年間の保健センターでの心理職としての経験について、主に臨床発達心理士の立場から具体的に総括しており、特に、発達検査の各項目の意味などの詳説は、発達心理学を主専攻としていない心理職にとっても、実践的に活用できる貴重な文献である。さらに、小野（2004）や篠田（2008）は、主に乳幼児健診などの保健センターでの事業を紹介しており、三宅（2013）は、ユング心理療法の立場から、保健センターでの支援事例を検討している。田中（1993）は、必ずしも保健センターでの援助事例とは限らないものの、保健婦（当時。現在は「保健師」）が読む専門誌である『保健婦雑誌』（現在は『保健師ジャーナル』）において、母子援助に関する連載（田中.1990-1993）を記したものを 1 冊の著書としてまとめており、親子援助の際の臨床心理士の視点が母子保健分野のスタッフに伝わることに貢献している。

各学会における口頭発表も含めて、母子保健領域に関わる心理職としての研究は豊富とは言えないなかで、これらの研究は貴重である。しかしながら、いずれも心理職としての

現状について言及しているもので、母子保健領域全体において心理職がどのように貢献できるかなど、新たな理論構築をしているものではない。個々の保健センターによって、所在地による地域の特色、スタッフ構成による可能な援助のあり型などは異なっており（註1）それぞれの現場、スタッフにあった援助実践を創出するための理論構築が必要である。

実際に、母子保健事業に関わっている心理職たちからは、自らの専門性と子育て支援への適応性について困難を感じているという声が少なからず聞かれる。現在、母子保健事業に関わっている心理職は、母子保健法制定当初の目的に添う、スクリーニングやその後の発達援助に強い発達心理学畑出身の者と、心理的な不安に対する一つの援助手段として個人心理療法を学んできており、現代の母子保健の目的に加えられた子育て不安や子どもへの虐待と世代間連鎖との関係などに関わることが可能な臨床心理学畑出身の者にと大別できる。しかしながら、そのいずれかの専門性を用いるだけでは、現在の子育ち・子育て支援には不十分なのである。

この2つの心理学は、同じ子どもや親子を対象としていても、ある意味では全く相反する立場から関わる場所がある。乱暴な言い方をすれば、発達心理学は客観性、科学性を重視した量的な研究が主であるのに対し、臨床心理学は、実践知に支えられた事例研究などの質的な研究が主だからである。発達心理学的な視点では、子どもの目に見える発達を重視し、臨床心理学的な視点では、養育者または子の内界を重視するため、対象によっては一方だけの視点では不適切な援助になる場合がある。

もっとも、これは極論であり、敢えて話を二極化しているとも言える。25年ほど前に小此木（1988）によって日本に紹介され、近年になって注目されつつある「乳幼児精神保健学（Infant Mental Health）」は、1980年にLeboviciによって、「超学際的アプローチ（transdisciplinary approach）」と表現されており（渡辺.1994）、渡辺や橋本等（渡辺・橋本.2002）の活動によって、日本にも受け入れられつつある。この乳幼児精神保健学では、D.W.ウィニコット（1964）の理論がベースにある。「1人の赤ちゃんなどというものはいない。いるのは母親と一緒にいる赤ちゃんである」という、mother-infant unitの観点から、乳幼児の問題は母子の密接な相互関係の元で生じるとし、関係性障害 relationship disturbance という観点をを用いている。なお、この乳幼児精神保健学については、第2章第2節において改めて記載する。

なお、一般的には「子育て支援」という用語が使用されているが、筆者は、子ども自身

が育つことと、親が子どもを育てることとの両方を支援する必要があると考えているため、筆者の行っている支援活動については「子育て・子育て支援」と呼ぶことにしている。母子保健における「子育て・子育て支援」という新たな枠組みは、2つの心理学の相対する視点の融合を必要としており、新たな創造の場になり得るものと位置づけている。

次節では、21世紀の母子保健領域の活動指針として10年計画で開始された「健やか親子21」をもとに、開始時の2001年度と、当初の終了予定であった2011年度に、全国の保健センターに勤務する母子保健担当の保健師と心理職とを対象に行った質問紙調査結果を用いて、心理職の役割の実態とその変遷について改めて検討する。

註1：このことは、保健センターに限らず、個々の援助機関によって異なり、その相違に注目することが重要である。詳細は、第3章第2節に譲る。

文献

- 朝日新聞朝刊(1999.12.1・2)特集記事「母たちの叫び 文京区女兒殺害事件に思う 上・下」.
朝日新聞
- 母子衛生研究会編(2001)改訂 子ども虐待その発見と初期対応.母子保健事業団
- 母子保健事業団(2013)わが国の母子保健 一平成25年一 .財団法人母子衛生研究会編集協力. 母子保健事業団
- 母子保健事業団(2012)母子保健行政法令・通知集 平成24年.財団法人母子衛生研究会編集協力. 母子保健事業団
- 原田正文(2006)子育ての変貌と次世代育成支援.名古屋大学出版会
- 池田由子(1987)児童虐待ーゆがんだ親子関係ー.中公新書 829.中央公論社
- 加藤道代(2004)保健センターにおける子育て支援ー 発達相談・心理相談の立場からー. 地域における育児サポートと育児行動のインターフェースに関する研究.平成13年度～15年度科学研究費補助金研究成果報告書. Pp.142-151
- 小泉吉永(2007)「江戸の子育て」読本世界が驚いた!「読み・書き・そろばん」と「しつけ」. 小学館
- 厚生労働省(2011)人口動態統計
- 厚生労働省(2012)厚生労働白書平成24年版
- 村瀬嘉代子(1998)児童虐待.河合隼雄・東山紘久編.心理臨床の実際.第1巻.家族と福祉領域の心理臨床.金子書房
- 内閣府・文部科学省・厚生労働省(2013)子ども・子育て関連3法について

- 内閣府男女共同参画局（2012）男女共同参画白書平成 24 年版
- 内閣府（2013）平成 24 年度少子化の状況及び少子化への対処施策の概況（平成 25 年度年版少子化社会対策白書）
- 中村敬・山田知子・長谷川知子（2009）子ども虐待に対する国民意識の年次的変遷に関する研究—テキストマイニング・ツールを用いた新聞記事分析を通して—．大正大學研究年報．第 94 輯．Pp.294-323
- 成木弘子(1996)公的な保健サービス機関での育児支援—保健所や市町村での活動.大日向雅美・佐藤達哉編.子育て不安・子育て支援.現代のエスプリ.至文堂
- 西澤哲（1994）子どもの虐待—子どもと家族への治療的アプローチ．誠信書房
- 丹羽洋子(1999)今どき子育て事情—2000 人の母親インタビューから.ミネルヴァ書房
- 三宅理子（2013）発達障害が疑われた幼児期女兒をもつ母親との心理面接．河合俊雄編著．ユング派心理療法．ミネルヴァ書房．Pp.146-165
- 小此木啓吾監訳（1988）乳幼児精神医学．岩崎学術出版社
- 小此木啓吾・岩崎徹也 他編(1981)精神療法の基礎．岩崎学術出版社
- 奥山千鶴子（2012）少子化対策から子ども・子育てビジョンへ.大豆生田啓友・太田光洋・森上史朗編著.よくわかる子育て支援・家族援助論．第 2 版．ミネルヴァ書房 Pp.38-39
- 小野良子(2004)保健センターでの子育て支援（特集:子育て支援).臨床心理学 4(5)．金剛出版．Pp.591-595
- 大日向雅美(1988)母性の研究.川島書店
- 大日向雅美(1999)子育てと出会うとき.日本放送出版協会
- 大豆生田啓友・太田光洋・森上史朗編著（2012）よくわかる子育て支援・家族援助論．第 2 版．ミネルヴァ書房
- プチタンファン編集部 編(2001)続「読んでくれて、ありがとう」—ここにもうひとりのあなたがいる.株式会社婦人生活社
- プチタンファン編集部 編(1996)「読んでくれて、ありがとう」—ここに 192 人のママがいる.株式会社婦人生活社
- 才村純(2001)児童相談所の現状と課題,方向性について.小児の精神と神経.VOL.41.NO.4
- 瀬々倉玉奈(2000)援助側をアセスメントするという事 試案(1) —連携スタッフとの対話から生まれる援助の可能性と限界—.京都国際社会福祉センター紀要．No.16.Pp.27-41
- 庄司順一（2008）虐待対策としての乳幼児健診 心理臨床の視点から．特集 妊産婦健診・乳幼児健診— 乳幼児健診．母子保健情報.母子愛育会．Vol. 58. Pp.97-100
- 篠田美紀（2008）乳幼児健診からみた子育て支援．岩堂美智子監修・松島恭子編集．臨床心理士の子育て支援その理論と実践事例．創元社．Pp.32-48
- 菅佐和子（1998）：山のかなたの空遠く 女の場合．氏原寛・菅佐和子(編)．思春期のこころとからだ．ミネルヴァ書房
- 総務省ホームページ．地域情報化の推進．

http://www.soumu.go.jp/main_sosiki/joho_tsusin/top/local_support/ict/jirei/thema07.html. 2014年7月14日現在

住友眞佐美(2000)母と子の保健行政 母子の健康科学.放送大学教育振興会.Pp.184-201

高橋種昭編著(1998)育児不安.栄光教育文化研究所

高野陽・柳川洋・加藤忠明(2008)母子保健マニュアル第6版.南山堂

高野陽ほか(2000)母子保健マニュアル第7版.南山堂

滝野功(1999)児童虐待ー子ども・家族・社会.岡堂哲雄編.家族心理学入門 補訂版.培風館

田丸尚美(2010)乳幼児健診と心理相談.大月書店

田中千穂子(1998)子育て不安の心理相談.大月書店

田中千穂子(1997)乳幼児心理臨床の世界ー心の援助専門家のためにー.山王出版

田中千穂子(1993)母と子のこころの相談室“関係”を育てる心理臨床.医学書院

田中千穂子(1990-1993)母と子のこころの相談室.保健婦雑誌.医学書院

渡辺久子(2012)母子をまもる社会風土の再生.こころの科学 第166. Pp.16-23

渡辺久子・橋本洋子編(2002)乳幼児精神保健の新しい風.ミネルヴァ書房

渡辺久子(1994)乳幼児精神医学の動向.小此木啓吾・小嶋謙四郎・渡辺久子編著.乳幼児精神医学の方法論. Pp. 21-31

Winnicott, D. W. (1964) *The Child and the Family, and the Outside World*. Penguin Books. P.88. Ll.33-36. London

吉田弘道(2012a)子育て支援としての役割.特集 乳幼児健診と子育て支援.子育て支援と心理臨床 Vol. 5. 福村出版. Pp. 6-8,

吉田弘道(2012b)臨床心理士の立場から.特集 乳幼児健診と子育て支援.子育て支援と心理臨床 Vol. 5 福村出版. Pp. 44-49

吉田弘道(2008)乳幼児健診における母と子の心の健康支援.特集 妊産婦健診・乳幼児健診ー乳幼児健診.母子保健情報.母子愛育会. Vol. 58. Pp. 71-75

第2節 「健やか親子 21」の10年間と心理職の役割の実態：

全国質問紙調査【2001調査】・【2011再調査】10年間の比較

1. 問題と目的

第1節で述べたように、1965年の母子保健法制定後においても、親子がおかれている状況は厳しい。乳児死亡率の低減、疾病や障害の早期発見などのスクリーニングとその対応、いわゆる「子育て支援」を目的としていた母子保健が、1994年の母子保健法改正によって「子育て・子育て支援」へとかじを切った。2001年度、厚生労働省はその流れに従って、21世紀の母子保健の主要な取り組みを掲げ、それらを推進するための10年間の行動計画として「健やか親子 21」を提示した。計画開始5年後に中間報告（厚生労働省ホームページ.2012）がまとめられ、その後、2011年度終了予定であった計画は、2014年度へと延長されている。

「健やか親子 21」における課題は、以下の4つである。

- ①思春期の保健対策の強化と健康教育の推進
- ②妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保と不妊への支援
- ③小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備
- ④子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減**

この課題④への対策として、厚生労働省は、「親子のこころの問題に対応できる技術を持った小児科医」の割合を増やすことを目標としてあげている。具体的な方策例の中には、心理職の活用も含まれてはいるものの、特に強調されているものではない。

しかしながら、既述したように親子の心の支援を唱いながら、心理職の役割に特に言及されていないのは不自然なことである。その背景には、母子保健領域における心理職の役割モデルが存在しないという大きな問題がある。

そこで、筆者は全国の保健センターにおいて母子保健事業に関わる保健師と心理職を対象に、心理職の役割に関する実態調査を行い、母子保健領域における心理職の役割モデルを構築するための一助とすることとした（瀬々倉.2002・2010・2012・2013）。保健所ではなく、保健センターを対象としたのは、保健所が都道府県や指定都市、中核市などに設置され、疾病の予防や健康増進、環境衛生などの公衆衛生活動の中心的機関として、人口

動態統計なども行っているのに対して、保健センターは市町村に設置され、健康相談や保健指導、健康診査など、地域保健に必要な事業を行うことを目的としており（高野陽・柳川洋・加藤忠明.2000・2008）、より地域住民に近く具体的な支援に関わっているためである。また、心理職だけでなく保健師をも調査対象にしたのは、保健師が保健センターの中心的なスタッフであるためである。

2. 方法

「健やか親子 21」開始時の【2001 調査】と、当初の終了予定年度の 10 年後の【2011 再調査】に、全国の保健センターの母子保健担当保健師と心理職とを対象として、心理職の役割に関する実態調査をほぼ同じ内容で実施した。

調査対象：全国から無作為抽出した市町村保健センターに勤務する母子保健担当の保健師と心理職とを対象とした。具体的な調査数を以下に示す。

【2001 調査】；500 ケ所，【2011 再調査】；1365 ケ所

なお、【2011 再調査】については、2011 年 3 月 11 日に発生した大震災とそれに続く原子力発電所の事故の影響が大きいことから、東北 6 県と、茨城県、千葉県を調査対象から除外した。

調査方法：同じ項目の質問紙を保健師用と心理職用との 2 通同封して、保健センターに郵送で依頼し、別々の返信用封筒で回収する方法とした。

調査期間：【2001 調査】2002 年 3 月 10 日～3 月 25 日

【2011 再調査】2012 年 1 月 13 日～1 月 31 日

有効回答：【2001 調査】保健師；299 名（59.8%）、心理職；60 名（12.0%）、

【2011 再調査】保健師；615 名（45.1%）、心理職；105 名（7.7%）

（ ）内は、回収率。

本節の次項以降では、【2001 調査】と 10 年後の【2011 再調査】との調査結果を比較検討する。

3. 結果と考察

(1)調査対象者の属性

調査対象者の属性、具体的には性別、年齢、母子保健事業に関する経験年数、勤務形態と人数との関係を表 1.2.1 に示す。【2001 調査】では、保健師 95.3%・心理職 91.7%が女性であり、【2011 再調査】では、保健師の 95.0%・心理職の 88.6%が女性であった。筆者（瀬々倉.2010）は、【2001 調査】の結果について、「父親不在」がいわれて久しいなか、サポートする専門職、サポートされる保護者共にほとんどが女性という現状は、子どもにより豊かな経験を提供するという観点からも、今後は改善・工夫をしていく必要があるとしている。しかしながら、母子保健に関わる保健師や心理職の大半が女性である状態は、10年経過しても大きくは変化していないため、改めて以下の提案をしたい。例えば、行政職等の男性職員に積極的に関わってもらおうというのはどうだろうか。これまで、彼らが母子保健事業に関わる機会は、年に 1, 2 回開かれる大きなイベントの際の冒頭挨拶程度であったように見受けられるが、もう少し常態的に何らかの役割を担って貰うといったことが考えられる。他職種の母子保健事業への理解を広めるといった面からも有効である。

また、実際に父親の参加や働いている母親の参加を促すために、土・日に事業を開催することも一案である。ところが、中村・高野・銚之原・吉田・福本・堤・野口・齋藤(2006)の調査研究によると、乳幼児健診を土曜日又は日曜日に実施している自治体は、1055カ所中わずかに 32カ所の 3.0%である。多忙を極める保健師の仕事を知る者としては、予算やスタッフの増員が前提として必要であると考ええる。

さらに、母子保健に関わる心理職や保育士等、もともと女性の多い職種ではあるが、男性を採用するのも一案である。もっとも、いずれも専門職であることを考えれば、性別よりも能力の方が優先されるのは当然である。

また、この 10 年間で 20 歳代の心理職の割合が 19.3%減少するなど、心理職が高齢化する傾向にある。心理職の若年者が保健センターで採用されにくいことがわかる。

表 1.2.1 調査対象者の人数と属性

		2001 調査		2011 再調査	
		保健師	心理職	保健師	心理職
性別	男性	0 (0.0)	5 (8.3)	4 (0.7)	10 (9.5)
	女性	285 (95.3)	55 (91.7)	584 (95.0)	93 (88.6)
	無回答	14 (4.7)	0 (0.0)	27 (4.3)	2 (1.9)
	合計	299	60	615	105
年齢	20 歳代	71 (23.7)	19 (31.7)	114 (18.5)	13 (12.4)
	30 歳代	103 (34.5)	15 (25.0)	206 (33.5)	37 (35.2)
	40 歳代	80 (26.8)	15 (25.0)	185 (30.1)	30 (28.6)
	50 歳代	42 (14.0)	7 (11.7)	106 (17.2)	25 (23.8)
	60 歳以上	2 (0.7)	3 (5.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	無回答	1 (0.3)	1 (1.6)	4 (0.7)	0 (0.0)
	合計	299	60	615	105
母子保健事業に関する経験年数	3 年未満	50 (16.7)	17 (28.3)	105 (17.1)	24 (22.9)
	3 年～5 年	41 (13.7)	12 (20.0)	105 (17.1)	11 (10.5)
	6 年～10 年	57 (19.1)	6 (10.0)	120 (19.5)	28 (26.7)
	11 年以上	149 (49.8)	25 (41.7)	279 (45.4)	42 (39.9)
	無回答	2 (0.7)	0 (0.0)	6 (0.9)	0 (0.0)
	合計	299	60	615	105
勤務形態	常勤	290 (97.0)	15 (25.0)	577 (93.8)	30 (28.6)
	非常勤	1 (0.3)	44 (73.3)	6 (1.0)	72 (68.6)
	無回答	8 (2.7)	1 (1.7)	32 (5.2)	3 (2.8)
	合計	299	60	615	105

人(%)

(2)所属機関における心理職の勤務形態

回答者の所属機関における心理職の勤務形態と人数との関係を表 1.2.2 に示す。さらに、保健師の回答から保健センターにおける心理職の勤務形態と在職状況を表 1.2.3 に示す。10年間で保健センターにおいて心理職が在職する割合は、50.8%から72.2%へと21.4%増加している。もっとも、この増加分は非常勤の増加(25.8%)によるものであり、常勤職は僅かではあるが減少(0.8%)している。また、【2001調査】では、常勤と非常勤の心理職が混在して在職することは確認されなかったが、【2011再調査】では、心理職の混在が3.6%確認されている。

表 1.2.2 所属機関での心理職の勤務形態と人数

回答者 心理職の勤務形態	2001 調査				2011 再調査			
	保健師		心理職		保健師		心理職	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
0 人	262 (87.6)	153 (51.2)	39 (65.0)	13 (21.7)	542 (88.1)	155 (25.2)	67 (63.8)	17 (16.2)
1 人	8 (2.7)	74 (24.7)	9 (15.0)	22 (36.7)	27 (4.4)	210 (34.2)	20 (19.0)	29 (27.6)
2 人	5 (1.7)	29 (9.7)	5 (8.3)	8 (13.3)	8 (1.3)	79 (12.8)	13 (12.4)	23 (21.9)
3 人以上	8 (2.7)	28 (9.4)	5 (8.3)	16 (26.7)	3 (0.5)	139 (22.6)	2 (1.9)	34 (32.4)
無回答	16 (5.3)	15 (5.0)	2 (3.4)	1 (1.6)	35 (5.7)	32 (5.2)	3 (2.9)	2 (1.9)
合計	299	299	60	60	615	615	105	105

人 (%)

表 1.2.3 心理職の勤務形態と在職状況

	常勤	非常勤	在職
2001 調査	21 (7.0)	131 (43.8)	152 (50.8)
2011 再調査	38 (6.2)	428 (69.6)	444 (72.2)

人(%)

(3)心理職が学んできた心理学分野と取得資格

一言に心理職といってもその分野は多岐にわたっている。そこで、学生時代に主として学んだ心理学の分野について調査した。領域としては、母子保健の役割の変遷と日本国内における心理学分野の動向を照らし合わせて、教育心理学、発達心理学、臨床心理学、その他をあげた。表 1.2.4 は心理職が学生時代に主として学んだ心理学と属性との関係を示すものである。臨床心理学を学んだ者が増加傾向にあるが、経験年数 3 年未満の割合が 14.8%から 18.0%と増加しているのに対して、20 歳代の割合が 18.9%から 9.0%と半減しており、即戦力となる人材が求められていると考えられる。

また、表 1.2.5 は【2011 再調査】で心理職が学生時代に主として学んだ心理学と、もっと学ぶ必要があったと複数回答したものとのクロス集計である。本章第 1 節でも述べたように乳幼児精神保健学は、子育て・子育て支援の必要性に伴って近年認められつつある分野であり、約半数の 48.0%が選択している。また、母子保健学は母子保健領域の核になる理論であるが、心理学領域の学生が学ぶ機会はあまりなく、保健センターという母子保健領域に関わって初めて母子保健学を学ぶ必要に迫られるものと考えられ、41.0%と相対的に高い割合を示している。

発達心理学をもっと学ぶ必要があったとする者が 49.0%に対して、臨床心理学のそれは 26.0%と低くなっているが、学生時代に主として臨床心理学を学んだ者が 50.0%に対して、発達心理学を学んだ者が 28.0%と少ないことが影響していると考えられる(表 1.2.4 参照)。

これらの結果からは、母子保健領域における心理職にとって、従来からある心理学分野のいずれかでは不十分であるということが裏付けられる。

さらに、表 1.2.6 に今後の予定を含めて心理職の取得資格の状況を示す。この 10 年間で臨床心理士が 33.3%から過半数の 55.2%へと 21.9%増加している。なお、臨床発達心

理士の資格は 2001 年に認定運営機構が発足し、2002 年から資格認定が開始されているため、【2001 調査】では質問項目には含めていない。

表 1.2.5 及び表 1.2.6 の結果から、母子保健領域で働く心理職のうち、臨床心理士有資格者が増加していることを考慮すれば、臨床心理士指定大学院におけるカリキュラム内容についても、再検討が必要である。

表 1.2.4 心理職が学生時代に主として学んだ心理学と属性との関係

	2001 調査					2011 再調査				
	教育心理学	発達心理学	臨床心理学	その他	合計	教育心理学	発達心理学	臨床心理学	その他	合計
年齢										
20 歳代	1 (1.9)	4 (7.5)	10 (18.9)	0 (0.0)	15 (28.3)	0 (0.0)	3 (3.0)	9 (9.0)	1 (1.0)	13 (13.0)
30 歳代	3 (5.7)	7 (13.2)	5 (9.4)	0 (0.0)	15 (28.3)	3 (3.0)	8 (8.0)	19 (19.0)	5 (5.0)	35 (35.0)
40 歳代	3 (5.7)	5 (9.4)	5 (9.4)	0 (0.0)	13 (24.5)	4 (4.0)	8 (8.0)	17 (17.0)	1 (1.0)	30 (30.0)
50 歳代	1 (1.9)	2 (3.8)	3 (5.6)	1 (1.9)	7 (13.2)	6 (6.0)	9 (9.0)	5 (5.0)	2 (2.0)	22 (22.0)
60 歳以上	1 (1.9)	1 (1.9)	1 (1.9)	0 (0.0)	3 (.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
合計	9 (17.1)	19 (35.8)	24 (45.2)	1 (1.9)	53	13 (13.0)	28 (28.0)	50 (50.0)	9 (9.0)	100
経験年数										
3 年未満	2 (3.7)	4 (7.4)	8 (14.8)	0 (0.0)	14 (25.9)	1 (1.0)	4 (4.0)	18 (18.0)	1 (1.0)	24 (24.0)
3 年～5 年	2 (3.7)	4 (7.4)	5 (9.3)	0 (0.0)	11 (20.4)	0 (0.0)	3 (3.0)	7 (7.0)	1 (1.0)	11 (11.0)
6 年～10 年	3 (5.6)	2 (3.7)	2 (3.7)	0 (0.0)	7 (13.0)	4 (4.0)	5 (5.0)	13 (13.0)	5 (5.0)	27 (27.0)
11 年以上	2 (3.7)	9 (16.7)	10 (18.5)	1 (1.8)	22 (40.7)	8 (8.0)	16 (16.0)	12 (12.0)	2 (2.0)	38 (38.0)
合計	9 (16.7)	19 (35.2)	25 (46.3)	1 (1.8)	54	13 (13.0)	28 (28.0)	50 (50.0)	9 (9.0)	100

無効回答は除く 人(%)

表 1.2.5 学生時代にもっと学ぶ必要があったもの

	教育心理学	発達心理学	臨床心理学	その他	合計
教育心理学	1 (7.7)	0 (0.0)	3 (6.0)	1 (11.1)	5 (5.0)
発達心理学	6 (46.2)	5 (17.9)	32 (64.0)	6 (66.7)	49 (49.0)
臨床心理学	6 (46.2)	12 (42.9)	5 (10.0)	3 (33.3)	26 (26.0)
乳幼児精神保健学	5 (38.5)	12 (42.9)	29 (58.0)	2 (22.2)	48 (48.0)
精神医学	6 (46.2)	9 (32.1)	10 (20.0)	4 (44.4)	29 (29.0)
母子保健学	4 (30.8)	12 (42.9)	24 (48.0)	1 (11.1)	41 (41.0)
					人(%)

表 1.2.6 心理職の取得資格の状況

	2001 調査					2011 再調査				
	認定心理士	学校心理士	臨床心理士	臨床心理士	認定心理士	学校心理士	臨床心理士	臨床心理士	臨床発達心理士	
取得資格	3 (5.0)	2 (3.3)	20 (33.3)	20 (33.3)	13 (12.4)	5 (4.8)	58 (55.2)	24 (22.9)		
取得予定の資格	1 (1.7)	3 (5.0)	12 (20.0)	12 (20.0)	2 (1.9)	5 (4.8)	9 (8.6)	15 (14.3)		
	人(%)									

(4)保健師・心理職が頻繁に連携をとる専門職

母子保健事業において回答者が頻繁に連携をとる専門職について複数回答を求めた結果を表 1.2.7 に示す。ここで、質問項目に挙げた専門職の種類については、ある保健師にインタビューした経験(瀬々倉.2000b)に基づいている。また、【2011 再調査】では調査項目に助産師を追加している。

【2001 調査】【2011 再調査】のいずれにおいても、心理職については保健師との連携をあげた者が 100%、99.0%と際だって高い値を示している。言語療法士との連携を除いて、どちらの調査でも他職種との連携を心理職よりも保健師が頻繁にとっている。

また、この 10 年間で保健師、心理職それぞれと保育士との連携が 7.9%、13.8%増加しており、保健師同士での連携も 10.4%増加しているのに対して、医師との連携では 10.1%、10.2%減少している。

表 1.2.7 頻繁に連携をとる専門職

	2001 調査		2011 再調査	
	保健師	心理職	保健師	心理職
医師	161 (53.8)	21 (35.0)	269 (43.7)	26 (24.8)
看護師	70 (23.4)	3 (5.0)	148 (24.1)	6 (5.7)
歯科衛生士	147 (49.2)	4 (6.7)	260 (42.3)	5 (4.8)
保健師	177 (59.2)	60 (100.0)	428 (69.6)	104 (99.0)
栄養士	207 (69.2)	11 (18.3)	390 (63.4)	15 (14.3)
ケースワーカー	44 (14.7)	4 (6.7)	117 (19.0)	8 (7.6)
言語療法士	37 (12.4)	9 (15.0)	121 (19.7)	22 (21.0)
保育士	203 (67.9)	26 (43.3)	486 (75.8)	60 (57.1)
心理職	186 (62.2)	27 (45.0)	380 (61.8)	36 (34.3)
助産師	-	-	263 (42.8)	4 (3.8)

人(%)

(5)心理職の母子保健事業への関わりの現状と今後の必要性

所属機関における母子保健事業への心理職の関わりについて調査した。現在、心理職が実際に関わっている事業、今後、心理職が関わる必要があると考える事業について、質問した結果を表 1.2.8 に示す。質問項目における母子保健事業の種類については、高野・柳川・加藤(2000)を参考にした。【2011 再調査】では 5 歳児健康診査、他機関・他職種とのコーディネート、母子保健事業全体への心理的アプローチ、養育支援訪問事業の調査項目を追加している。

【2001 調査】【2011 再調査】共に、現状、心理職が実際に関わっている事業の割合は、心理職不在の保健センターが含まれるため、保健師の回答に対して心理職の回答の方が高めになっている。

また、この 10 年間で育児学級・子育て教室への心理職の関わりについては、いずれの回答でも減少している。この間、ひろば型の子育て支援施設が全国的に整えられてきつつあり、保健センターにおける育児学級・子育て教室の位置づけ事態が変化している可能性がある。

今後、心理職が関わる必要があると考える割合は、保健師の回答に対して心理職の回答の方が高めになる傾向があるなかで、生涯を通じた女性の健康支援事業と、疾病により長期に療養を必要とする児童の療育指導との 2 事業は、【2001 調査】【2011 再調査】共に心理職の方が低くなっている。その他の事業では、【2011 再調査】の妊産婦訪問指導、新生児訪問指導、養育支援訪問事業の 3 事業のみが、保健師の回答に対して心理職の回答の方が低くなっている。他の領域との共同事業として開始された訪問事業である「こんにちは赤ちゃん事業」に、心理職が関わっていないことが多いことも影響している可能性が考えられる。また、心理職にとって、家庭訪問はあまり重要とみなされていないということなのか、非常勤という雇用形態では難しいことが関係しているのか、今後検討の余地があるが、現実的には、心理職の勤務形態も強く影響していると考えられる。殆どの場合、非常勤職として限られた時間しか勤務していない心理職にとって、家庭訪問は通常の間枠よりも家庭への往復時間等長い時間を必要とすることになり、対応できないからである(瀬々倉.2010)。

しかしながら、養育支援訪問事業が開始される以前から、必要に応じて保健センターからの家庭訪問による支援を実施している筆者(瀬々倉.2000a)は、心理職も家庭訪問に加わる必要を痛感している。この件については、本博士論文の第 5 章第 2 節において、事例

検討を行っている。

もつとも、この3事業に未熟児訪問指導を加えた4つの訪問事業のなかでは、養育支援訪問事業に心理職が関わっている割合が最も高く、必要性を感じている割合も保健師で44.6%、心理職で39.0%と相対的に高い値を示している。この養育支援訪問事業の目的が、育児ストレス、産後うつ病、育児ノイローゼ等の問題によって、子育てに対して不安や孤立感等を抱える家庭や、様々な原因で養育支援が必要となっている家庭に対して行うものであり、この問題に対処しうる職種として心理職が認識されていると推察される（瀬々倉.2013）。

表 1.2.8 心理職の関わりの現状

	2001 調査				2011 再調査			
	保健師		心理職		保健師		心理職	
	現状	必要	現状	必要	現状	必要	現状	必要
妊産婦健康検査	1 (0.4)	16 (5.4)	0 (0.0)	11 (18.3)	6 (1.0)	87 (14.1)	1 (1.0)	20 (19.0)
乳児健康診査	24 (8.5)	85 (28.4)	9 (15.0)	26 (43.3)	57 (9.3)	214 (34.8)	14 (13.3)	40 (38.1)
1 歳 6 ヶ月児健康診査	151 (53.4)	257 (86.0)	53 (88.3)	56 (93.3)	331 (53.8)	493 (80.2)	80 (76.2)	90 (85.7)
3 歳児健康診査	164 (58.0)	266 (89.0)	55 (91.7)	58 (96.7)	357 (58.0)	518 (84.2)	84 (80.0)	93 (88.6)
5 歳児健康診査	-	-	-	-	79 (12.8)	301 (48.9)	13 (12.4)	67 (63.8)
妊産婦訪問指導	2 (0.7)	28 (9.4)	0 (0.0)	7 (11.7)	9 (1.5)	130 (21.1)	2 (1.9)	16 (15.2)
新生児訪問指導	4 (1.4)	23 (7.7)	1 (1.7)	9 (15.0)	7 (1.1)	113 (18.4)	3 (2.9)	19 (18.1)
未熟児訪問指導	5 (1.8)	51 (17.1)	4 (6.7)	18 (30.0)	4 (0.7)	159 (25.9)	2 (1.9)	30 (28.6)
母親学級・両親学級	11 (3.9)	82 (27.4)	5 (8.3)	28 (46.7)	25 (4.1)	131 (21.3)	7 (6.7)	43 (41.0)
育児学級・子育て教室	72 (25.4)	208 (69.6)	31 (51.7)	49 (81.7)	128 (20.8)	318 (51.7)	30 (28.6)	62 (59.0)
生涯を通じた女性の健康支援事業	3 (1.1)	83 (27.8)	0 (0.0)	13 (21.7)	7 (1.1)	182 (29.6)	3 (2.9)	26 (24.8)
乳幼児発達相談指導事業	164 (58.0)	259 (86.6)	51 (85.0)	58 (96.7)	427 (69.4)	545 (88.6)	88 (83.8)	95 (90.5)
疾病により長期に療養を必要とする 児童の療育指導	23 (8.1)	150 (50.2)	7 (11.7)	28 (46.7)	54 (8.8)	314 (51.1)	11 (10.5)	51 (48.6)
他機関・他職種とのコーディネート	-	-	-	-	103 (16.7)	244 (39.7)	48 (45.7)	65 (61.9)
母子保健事業全体への心理的アプローチ	-	-	-	-	80 (13.0)	376 (61.1)	28 (26.7)	71 (67.6)
養育支援訪問事業	-	-	-	-	44 (7.2)	274 (44.6)	10 (9.5)	41 (39.0)

人(%)

(6)保健師・心理職による心理職の具体的な役割に対する必要度

表 1.2.9 から表 1.2.12 は、心理職の具体的な役割として必要と感じる度合いを尋ねた結果を集計したものである。【2011 再調査】では「母子保健事業全体への心理的なアプローチ」、「協働スタッフへの心理的サポート」の調査項目を追加している。また、表 1.2.9 から表 1.2.11 では、「必要」を 4 点として集計し、Mann-Whitney の U 検定を用いて漸近有意確率を求めている。

表 1.2.9 は保健師と心理職とで心理職の役割に対する認識の違いを示すものである。

【2001 調査】【2011 再調査】共に「保健師の家庭訪問への同行」は、他の調査項目に比して平均点が保健師、心理職共に最も低く、この 10 年間でそれぞれ 0.19 点 ($p < .001$), 0.23 点 ($p < .10$) 低下し、保健師の期待に対して心理職自身の認識がそれぞれ 0.14 点, 0.19 点 ($p < .05$) 低くなっており、保健師の訪問事業に心理職が同行することは、他の役割と比較して軽視され、心理職自身も重要な役割とは捉えていない。平均点が低いのは、保健師、心理職共に家庭訪問は保健師の役割であるという、従来からの認識が強いためであると考えられる。

また、心理職の平均点が保健師よりも下回っているのは、オーソドックスな心理的サポートの方法である心理療法においては、相談機関に相談者が来談することが原則であり、その方法を破るのは、援助者の逸脱行為として扱われてきたことも影響していると考えられる(瀬々倉.2010)。この点については、第 2 章第 1 節において改めて論じる。

「保健師の家庭訪問への同行」に次いで「他職種や他機関との連携関係の調整」が、他の調査項目に比して平均点が低い傾向にあり、この 10 年間で、保健師で 0.32 点 ($p < .001$), 心理職で 0.17 点低下しているが、保健師による期待よりも心理職自身の認識が【2001 調査】で 0.26 点 ($p < .01$), 【2011 再調査】で 0.41 点 ($p < .001$) 高くなっており、他職種や他機関との連携関係の調整は、心理職自身は保健師より強く役割と認識しながらも、重要性が低下する傾向にある。もっとも、保健師は「他職種や他機関との連携関係の調整」を自らの仕事と考えている可能性がある。第 4 章第 2 節において、援助環境の心理アセスメントの一環として保健師に対するインタビューを行っている。その中では、保健師の役割の一つはコーディネーターであることが理解できた(瀬々倉.2000b)。保健師が様々な専門機関や専門職の中から援助対象者のニーズに応じた組合せをコーディネーターし、橋渡し役を務めることが理解できる。一方、心理職の一つ、臨床心理学分野では、一時期、他職種や他機関との橋渡し業務をリエゾンと呼んでおり、近年は他職種との協働、コラボレートや連

携が重要な課題として注目されてきている。このことから、双方の意識にねじれが生じたのではないかと考えられる。

表 1.2.10 は、表 1.2.9 で回答した保健師が勤務する保健センターにおける心理職の在職の有無によって、保健師が心理職の役割として考える項目の違いを示すものである。心理職が不在の保健センターに勤務する保健師よりも心理職が在職する保健センターの保健師の方が、【2001 調査】 【2011 再調査】 共に心理職の役割として考える項目の平均点が高くなる傾向にあり、「保健師の家庭訪問への同行」の項目を除いて、この 10 年間で心理職の在職の有無によって差がより広がる傾向にある。心理職が在職している保健センターの方が、心理職の仕事をより具体的に知る機会があるために、より保健師からの心理職への活躍が期待されるものと考えられる。

一方、「保健師の家庭訪問への同行」の項目では、この 10 年間で心理職の在職の有無による差が 0.20 点から 0.07 点へと、他の項目と異なり狭まっている。新しく始まった養育支援訪問事業等においては、第 1 章第 3 節で述べるように、保健師に同行するのではなく心理職が単独で家庭訪問をしていることが影響していると考えられる（瀬々倉.2011）。

表 1.2.11 は、表 1.2.9 で回答した心理職が学生時代に主として学んだ心理学の分野による、心理職の役割に対する認識の違いを示すものである。また、表 1.2.12 は、心理職の役割と考える項目と表 1.2.9 で回答した保健師及び心理職の年齢と経験年数との Pearson の相関係数を示すものである。【2001 調査】では「育児不安など、養育者の情緒的な側面へのサポート」、「子どもの虐待についての対応」の 2 項目で、心理職の役割であると考えている心理職が年齢、経験年数との関係で共に弱い正の相関がみられる($.2 < r < .4$)。

【2011 再調査】では「保健師の家庭訪問への同行」の項目で、心理職の役割であると考えている心理職が年齢との関係で弱い負の相関がみられる($.2 < r < .4$)。なお、それ以外の項目では相関は確認できない。

表 1.2.9 保健師と心理職とで心理職の役割に対する認識の違い

	2001 調査				2011 再調査				年度間比較	
	保健師	心理職	有意確率	保健師	心理職	有意確率	保健師	心理職	有意確率	保健師
子どもの発達程度の把握と発達促進	3.84 (0.40)	3.95 (0.22)	.032 *	3.85 (0.40)	4.00 (0.00)	.000 ***	.307	.022 *		
子どもの情緒的な側面へのサポート	3.90 (0.32)	3.90 (0.35)	.870	3.88 (0.36)	3.86 (0.40)	.845	.352	.510		
育児不安など、養育者の情緒的な側面へのサポート	3.91 (0.31)	3.90 (0.30)	.742	3.82 (0.40)	3.92 (0.27)	.010 **	.000 ***	.589		
親子間の情緒的な関わりに対するサポート	3.89 (0.34)	3.92 (0.28)	.602	3.83 (0.40)	3.88 (0.32)	.180	.150	.518		
子どもの虐待についての対応	3.89 (0.34)	3.83 (0.38)	.136	3.71 (0.51)	3.84 (0.39)	.008 **	.000 ***	.741		
他職種や他機関との連携関係の調整	3.39 (0.68)	3.65 (0.52)	.007 **	3.07 (0.77)	3.48 (0.65)	.000 ***	.000 ***	.125		
保健師の家庭訪問への同行	3.19 (0.67)	3.05 (0.74)	.171	3.00 (0.67)	2.82 (0.73)	.014 *	.000 ***	.069 †		
スタッフとの勉強会の実施	3.82 (0.40)	3.77 (0.56)	.748	3.67 (0.53)	3.59 (0.53)	.084	.000 ***	.008 **		
母子保健事業全体への心理的なアプローチ	-	-	-	3.46 (0.66)	3.28 (0.65)	.004 **	-	-		
協働スタッフへの心理的サポート	-	-	-	3.24 (0.74)	3.15 (0.69)	.206	-	-		

† p < .10, * p < .05, ** p < .01, *** p < .001 平均(標準偏差)

表 1.2.10 心理職の有無による保健師の心理職の役割に対する認識

	2001 調査				2011 再調査				年度間比較		
	心理職在職	心理職不在	有意確率	心理職在職	心理職不在	有意確率	心理職在職	心理職不在	有意確率	心理職在職	心理職不在
子どもの発達程度の把握と発達促進	3.88 (0.37)	3.79 (0.42)	.029 *	3.90 (0.32)	3.74 (0.54)	.000 ***	.636	.732	.000 ***	.636	.732
子どもの情緒的な側面へのサポート	3.92 (0.29)	3.88 (0.34)	.275	3.91 (0.31)	3.80 (0.47)	.006 **	.520	.245	.006 **	.520	.245
育児不安など、養育者の情緒的な側面へのサポート	3.91 (0.33)	3.90 (0.30)	.645	3.85 (0.36)	3.74 (0.48)	.002 **	.040 *	.000 ***	.002 **	.040 *	.000 ***
親子間の情緒的な関わりに対するサポート	3.90 (0.34)	3.88 (0.33)	.317	3.86 (0.36)	3.74 (0.46)	.002 **	.113	.018 *	.002 **	.113	.018 *
子どもの虐待についての対応	3.87 (0.35)	3.91 (0.33)	.209	3.71 (0.49)	3.71 (0.54)	.603	.000 ***	.000 ***	.000 ***	.000 ***	.000 ***
他職種や他機関との連携関係の調整	3.40 (0.67)	3.38 (0.69)	.900	3.09 (0.75)	3.04 (0.80)	.512	.000 ***	.000 ***	.000 ***	.000 ***	.000 ***
保健師の家庭訪問への同行	3.29 (0.67)	3.09 (0.65)	.009 **	3.02 (0.66)	2.95 (0.71)	.347	.000 ***	.120	.000 ***	.000 ***	.120
スタッフとの勉強会の実施	3.82 (0.42)	3.83 (0.38)	.979	3.70 (0.49)	3.57 (0.61)	.011 *	.090 †	.000 ***	.011 *	.090 †	.000 ***
母子保健事業全体への心理的なアプローチ	-	-	-	3.47 (0.66)	3.45 (0.67)	.726	-	-	-	-	-
協働スタッフへの心理的サポート	-	-	-	3.25 (0.74)	3.21 (0.71)	.477	-	-	-	-	-

† p < .10, * p < .05, ** p < .01, *** p < .001 平均(標準偏差)

表 1.2.11 心理学の分野による心理職の役割に対する認識

	2001 調査					2011 再調査						
	教育心理学	発達心理学	臨床心理学	有意確率	教育心理学	発達心理学	臨床心理学	有意確率	教育心理学	発達心理学	臨床心理学	有意確率
子どもの発達程度の把握と発達促進	4.00 (0.00)	3.84 (0.37)	4.00 (0.00)	.061 †	4.00 (0.00)	4.00 (0.00)	4.00 (0.00)		4.00 (0.00)	4.00 (0.00)	4.00 (0.00)	1.000
子どもの情動的な側面へのサポート	4.00 (0.00)	3.79 (0.54)	3.92 (0.28)	.382	3.92 (0.28)	3.79 (0.42)	3.88 (0.44)		3.92 (0.28)	3.79 (0.42)	3.88 (0.44)	.240
育児不安など、養育者の情動的な側面へのサポート	3.89 (0.33)	3.79 (0.42)	3.92 (0.20)	.446	4.00 (0.00)	3.82 (0.39)	3.96 (0.20)		4.00 (0.00)	3.82 (0.39)	3.96 (0.20)	.052 †
親子間の情動的な関わりに対するサポート	3.89 (0.33)	3.89 (0.32)	3.92 (0.28)	.945	3.92 (0.28)	3.75 (0.44)	3.94 (0.24)		3.92 (0.28)	3.75 (0.44)	3.94 (0.24)	.046 *
子どもの虐待についての対応	4.00 (0.00)	3.89 (0.32)	3.72 (0.46)	.107	3.92 (0.28)	3.79 (0.42)	3.94 (0.32)		3.92 (0.28)	3.79 (0.42)	3.94 (0.32)	.062 †
他職種や他機関との連携関係の調整	3.89 (0.33)	3.79 (0.42)	3.56 (0.51)	.106	3.31 (0.63)	3.46 (0.58)	3.51 (0.68)		3.31 (0.63)	3.46 (0.58)	3.51 (0.68)	.435
保健師の家庭訪問への同行	3.25 (0.89)	2.89 (0.81)	3.16 (0.55)	.375	2.38 (0.65)	2.86 (0.80)	2.96 (0.68)		2.38 (0.65)	2.86 (0.80)	2.96 (0.68)	.054 †
スタッフとの勉強会の実施	3.89 (0.33)	3.84 (0.37)	3.84 (0.37)	.936	3.23 (0.60)	3.71 (0.46)	3.63 (0.53)		3.23 (0.60)	3.71 (0.46)	3.63 (0.53)	.028 *
母子保健事業全体への心理的なアプローチ	-	-	-	-	3.00 (0.58)	3.43 (0.69)	3.31 (0.62)		3.00 (0.58)	3.43 (0.69)	3.31 (0.62)	.107
協働スタッフへの心理的サポート	-	-	-	-	2.77 (0.60)	3.21 (0.57)	3.41 (0.61)		2.77 (0.60)	3.21 (0.57)	3.41 (0.61)	.006 **

† p < .10, * p < .05, ** p < .01 平均(標準偏差)

表 1.2.12 心理職の役割に対する認識と年齢／経験年数との Pearson の相関係数

	2001 調査						2011 再調査					
	保健師			心理職			保健師			心理職		
	年齢	経験年数	年齢	経験年数	年齢	経験年数	年齢	経験年数	年齢	経験年数	年齢	経験年数
子どもの発達の程度の把握と発達促進	.107	.123*	-.061	-.179	.013	.038	-	-	-	-	-	-
子どもの情緒的な側面へのサポート	-.046	.027	-.117	-.072	.003	.033	-.029	-.029	.097	.097	.097	.097
育児不安など、養育者の情緒的な側面へのサポート	-.050	.027	.351**	.326*	.057	.072	.042	.042	.173	.173	.173	.173
親子間の情緒的な関わりに対するサポート	-.064	-.002	-.115	-.028	.032	.048	-.008	-.008	.128	.128	.128	.128
子どもの虐待についての対応	.015	.007	.329*	.314*	-.022	-.018	.032	.032	.089	.089	.089	.089
他職種や他機関との連携関係の調整	.025	.035	.089	.087	.134**	.104*	-.124	-.124	-.048	-.048	-.048	-.048
保健師の家庭訪問への同行	-.014	.050	-.180	-.149	.062	.077	-.333**	-.333**	-.079	-.079	-.079	-.079
スタッフとの勉強会の実施	-.018	.011	.076	.132	-.003	-.004	-.043	-.043	-.016	-.016	-.016	-.016
母子保健事業全体への心理的なアプローチ	-	-	-	-	.018	.029	-.128	-.128	-.113	-.113	-.113	-.113
協働スタッフへの心理的サポート	-	-	-	-	.105*	.103*	-.118	-.118	-.099	-.099	-.099	-.099

* p < .05, ** p < .01

(7)保健師・心理職が母子保健事業で困っている事柄

表 1.2.13 から表 1.2.16 は、回答者が母子保健事業に関わるなかで、困っている事柄を尋ねた結果を集計したものである。【2011 再調査】では「研究会・指導者の不足」、「訪問支援の方法」の調査項目を追加し、【2001 調査】では「カウンセリング・乳幼児精神保健の知識不足」としていた調査項目を【2011 再調査】では「カウンセリングに関する知識不足」と「乳幼児精神保健に関する知識不足」とに調査項目を区分けした。また、表 1.2.13 から表 1.2.15 では、「該当する」を 4 点として集計し、Mann-Whitney の U 検定を用いて漸近有意確率を求めている。

表 1.2.13 は保健師と心理職とで母子保健事業に関わるなかで、困っている事柄の違いを示すものである。「子どもの虐待への対応方法」の項目は、平均点が【2001 調査】の保健師で全項目中の最高点 3.51 点になっており、また、心理職に対して保健師が【2001 調査】で 0.43 点($p < .01$)、【2011 再調査】で 0.46 点($p < .001$)高くなっているが、この 10 年間で、保健師で 0.22 点($p < .001$)、心理職で 0.25 点($p < .05$)低下しており、困難度が下がっている。

また、平均点が【2011 再調査】では心理職に対して保健師が「カウンセリングに関する知識不足」で 0.85 点($p < .001$)、「乳幼児精神保健に関する知識不足」で 0.71 点($p < .001$)、「子どもの発達に関する知識不足」で 0.63 点($p < .001$)、「訪問支援の方法」で 0.38 点($p < .001$)高くなっているのに対して、「母子保健事業に関する知識不足」で 0.25 点($p < .01$)、「他機関との連携の取り方」で 0.24 点($p < .01$)低くなっている。さらに、心理職については、この 10 年間で「対象件数の多さ」の平均点が 0.28 点($p < .10$)上昇しており、心理職が関わる件数が増加していると考えられる。

表 1.2.14 は、表 1.2.13 で回答した保健師が勤務する保健センターにおける心理職の在職の有無によって保健師が困っている事柄の違いを示すものである。「子どもの虐待への対応方法」の項目で、心理職不在の方が困っており、この 10 年間で心理職の在職の有無による平均点の差が 0.02 点から 0.20 点に広がり、心理職在職の場合、0.27 点減少($p < .001$)している。子どもへの虐待への対処において、心理職の貢献が確認できる。

これに対して、平均点が【2011 再調査】では、「対象件数の多さ」で 0.39 点($p < .001$)、「深刻な事例の多さ」で 0.34 点($p < .001$)、「スタッフの人手不足」で 0.34 点($p < .001$)、「特に困っていることは無い」は否定形のため反転で 0.05 点($p < .05$)、心理職が不在よりも在職している場合の方が、保健師が困っている。この関係は【2001 調査】でも

同様である。直感的な感覚と反する結果になってはいるが、より困っている状況にある保健センターであるからこそ、心理職を雇っているのではないだろうか、或いは、心理職を雇うという視点を有していることは、より幅広く専門的な援助への指向性をもっているのではないかと推定される（瀬々倉.2010）。

【2001 調査】の自由記述欄には、「心理職が関わっておらず、何をしてもらえないのか分からない」「このアンケートを見て初めて、心理職の役割がイメージできた」といった、心理職が不在のために役割がイメージしにくいとの内容の記載が 5 件あり、さらに、心理職の確保が難しく、困っているといった記載が 8 件あった（瀬々倉.2010）。

表 1.2.15 は、表 1.2.13 で回答した心理職が学生時代に主として学んだ心理学の分野による母子保健事業に関わるなかで困っている事柄を示すものである。【2001 調査】の発達心理学と臨床心理学とを比較すると、全項目で（「特に困っていることは無い」は否定形の問いのため反対解釈）臨床心理学の平均点が高くなっており、より困っていることが分かる。例えば、「子どもの虐待への対応方法」で 0.61 点($p < .10$), 「特に困っていることは無い」で 0.61 点($p < .01$), 「子どもの発達に関する知識不足」で 0.61 点($p < .10$), 「自分の専門性の活用方法」で 0.30 点($p < .10$)の点数差がある。

表 1.2.16 は、困っている事柄と表 1.2.13 で回答した保健師及び心理職の年齢／経験年数との Pearson の相関係数を示すものである。相対的にみて、【2001 調査】の心理職の若い世代、経験年数の浅い者が知識不足等の傾向にある。今回の調査では年齢／経験年数の階層区分が比較的粗いにもかかわらず、絶対値で 0.3 を越える相関係数となっている項目が【2001 調査】の心理職で相対的に多いからである。

また、心理職の困っている事柄を問う【2001 調査】の自由記述欄には、「身近で、常に確認できるスーパーバイザー・スーパーバイザーの無さ。特に人格障害や精神疾患をもった母親のケースには非常に困っています」「ケース検討の場が少ないこと」などが、臨床心理士又は臨床心理学を主に学んだ者によって記載されていた（瀬々倉.2010）。

現在の臨床心理士は、日本臨床心理士認定協会が認める指定大学院（博士課程前期課程又は、修士課程）を修了し、資格試験に合格した者達であるが、修士課程 2 年間で教えられる内容には限界がある。臨床心理学分野の大学院、主に臨床心理士指定大学院では、オーソドックスな心理療法、カウンセリングのあり方を教えることから始めざるを得ない。このため、カウンセリングセンターなどの名称で、心理職が相談にのるための機関、設備は予め用意されており、その整った環境の中で心理療法、カウンセリングの技法を学ぶことに

なる。ところが、保健センターでは、母子保健法に則った事業という異なった環境の中で、保健師をはじめとした心理職とは異なる文脈で働くスタッフと関わり、独自の専門性を発揮する必要に迫られる。ここでは、相当の応用力が必要になることは想像に難くない(瀬々倉.2010)。このことは、次節で記載するインタビュー調査においても、課題となっている。

表 1.2.13 困っている事柄

	2001 調査			2011 再調査			年度間比較	
	保健師	心理職	有意確率	保健師	心理職	有意確率	保健師	心理職
子どもの発達に関する知識不足	2.99 (0.81)	2.53 (0.92)	.000 ***	3.09 (0.77)	2.46 (0.93)	.000 ***	.060	.547
カウンセリングに関する知識不足	3.46 (0.70)	2.71 (0.90)	.000 ***	3.35 (0.71)	2.50 (0.90)	.000 ***	-	-
乳幼児精神保健に関する知識不足				3.33 (0.70)	2.62 (0.93)	.000 ***	-	-
子どもの虐待への対応方法	3.51 (0.65)	3.08 (0.92)	.001 **	3.29 (0.69)	2.83 (0.85)	.000 ***	.000 ***	.050 *
他職種との連携の取り方	2.50 (0.83)	2.74 (0.84)	.053 †	2.52 (0.79)	2.58 (0.81)	.488	.704	.254
他機関との連携の取り方	2.59 (0.82)	3.02 (0.83)	.000 ***	2.58 (0.80)	2.82 (0.88)	.006 **	.942	.185
母子保健事業に関する知識不足	2.61 (0.79)	2.86 (0.78)	.026 *	2.62 (0.83)	2.87 (0.85)	.005 **	.884	.892
自分の専門性の活用方法	2.58 (0.84)	2.59 (0.77)	.845	2.65 (0.82)	2.58 (0.94)	.462	.199	.922
対象件数の多さ	2.75 (0.96)	2.66 (0.89)	.426	2.87 (0.97)	2.94 (0.99)	.468	.081	.055 †
深刻な事例の多さ	2.83 (0.83)	2.64 (0.79)	.102	2.96 (0.85)	2.69 (0.82)	.002 **	.030	.780
スタッフの人手不足	3.37 (0.76)	3.12 (0.99)	.132	3.37 (0.78)	3.22 (0.89)	.124	.797	.655
連携できる機関の不足	3.07 (0.74)	3.20 (0.73)	.209	3.07 (0.80)	3.08 (0.79)	.932	.807	.375
研究会・指導者の不足	-	-	-	3.10 (0.76)	3.04 (0.79)	.453	-	-
訪問支援の方法	-	-	-	2.74 (0.78)	2.37 (0.92)	.000 ***	-	-
特に困っていることは無い	1.63 (0.79)	1.53 (0.75)	.373	1.60 (0.77)	1.69 (0.83)	.437	.700	.358

† p < .10, * p < .05, ** p < .01, *** p < .001 平均(標準偏差)

表 1.2.14 心理職の有無による保健師の困っている事柄

	2001 調査				2011 再調査				年度間比較		
	心理職在職	心理職不在	有意確率	心理職在職	心理職不在	有意確率	心理職在職	心理職不在	有意確率	心理職在職	心理職不在
子どもの発達に関する知識不足	3.04 (0.83)	2.93 (0.78)	.136	3.05 (0.77)	3.21 (0.76)	.017 *	.868	.002	**		
カウンセリングに関する知識不足	3.39 (0.74)	3.52 (0.66)	.135	3.30 (0.71)	3.47 (0.71)	.002 **	-	-			
乳幼児精神保健に関する知識不足				3.27 (0.70)	3.49 (0.66)	.000 ***	-	-			
子どもの虐待への対応方法	3.5 (0.64)	3.52 (0.66)	.712	3.23 (0.69)	3.44 (0.69)	.000 ***	.000 ***	.313			
他職種のスナップとの連携の取り方	2.53 (0.87)	2.47 (0.79)	.625	2.50 (0.77)	2.56 (0.83)	.441	.819	.435			
他機関との連携の取り方	2.65 (0.86)	2.52 (0.78)	.222	2.56 (0.79)	2.63 (0.82)	.244	.268	.359			
母子保健事業に関する知識不足	2.62 (0.85)	2.6 (0.73)	.774	2.56 (0.83)	2.79 (0.83)	.002 **	.380	.051	†		
自分の専門性の活用方法	2.53 (0.92)	2.64 (0.75)	.300	2.62 (0.82)	2.73 (0.83)	.157	.241	.288			
対象件数の多さ	3.01 (0.91)	2.49 (0.95)	.000 ***	2.98 (0.94)	2.58 (0.97)	.000 ***	.754	.505			
深刻な事例の多さ	2.97 (0.84)	2.7 (0.79)	.005 **	3.05 (0.82)	2.71 (0.90)	.000 ***	.290	.993			
スタッフの人手不足	3.37 (0.78)	3.36 (0.75)	.805	3.46 (0.73)	3.13 (0.87)	.000 ***	.208	.011	*		
連携できる機関の不足	3.03 (0.74)	3.1 (0.74)	.460	3.08 (0.79)	3.04 (0.83)	.731	.493	.535			
研究会・指導者の不足	-	-	-	3.10 (0.74)	3.11 (0.82)	.639	-	-			
訪問支援の方法	-	-	-	2.75 (0.77)	2.72 (0.82)	.597	-	-			
特に困っていることは無い	1.55 (0.81)	1.7 (0.76)	.053 †	1.59 (0.77)	1.64 (0.78)	.500 *	.424	.387			

† p < .10, * p < .05, ** p < .01, *** p < .001 平均(標準偏差)

表 1.2.15 心理学の分野による心理職の困っている事柄

	2001 調査				2011 再調査			
	教育心理学	発達心理学	臨床心理学	有意確率	教育心理学	発達心理学	臨床心理学	有意確率
子どもの発達に関する知識不足	2.63 (0.92)	2.11 (0.90)	2.72 (0.89)	.099 †	2.85 (0.90)	2.25 (0.84)	2.44 (0.95)	.144
カウンセリングに関する知識不足	2.88 (1.13)	2.61 (0.92)	2.72 (0.89)	.767	2.69 (1.03)	2.50 (0.92)	2.44 (0.84)	.615
乳幼児精神保健に関する知識不足	3.33 (1.00)	2.67 (0.97)	3.28 (0.84)	.061 †	2.92 (0.86)	2.43 (0.96)	2.66 (0.94)	.251
子どもの虐待への対応方法	2.63 (0.52)	2.67 (1.03)	2.88 (0.74)	.669	3.08 (0.64)	2.71 (0.81)	2.82 (0.91)	.493
他職種との連携の取り方	2.89 (0.60)	2.95 (0.97)	3.16 (0.85)	.536	2.92 (0.76)	2.46 (0.74)	2.50 (0.81)	.210
他機関との連携の取り方	2.88 (0.83)	2.72 (0.75)	3.12 (0.73)	.211	3.08 (0.64)	2.46 (0.88)	2.96 (0.87)	.024 *
母子保健事業に関する知識不足	2.13 (0.64)	2.50 (0.99)	2.80 (0.58)	.072 †	3.23 (0.73)	2.50 (0.88)	3.02 (0.82)	.012 *
自分の専門性の活用方法	2.25 (0.89)	2.39 (0.98)	2.84 (0.75)	.103	2.85 (0.80)	2.44 (0.93)	2.61 (0.91)	.366
対象件数の多さ	2.25 (0.71)	2.56 (0.92)	2.84 (0.75)	.220	3.08 (0.86)	3.07 (0.90)	2.84 (1.02)	.585
深刻な事例の多さ	2.38 (1.19)	2.94 (1.06)	3.48 (0.77)	.028 *	2.92 (0.76)	2.93 (0.94)	2.55 (0.74)	.097 †
スタッフの人手不足	3.11 (0.60)	3.11 (0.88)	3.36 (0.64)	.502	3.23 (0.93)	3.36 (0.91)	3.08 (0.89)	.342
連携できる機関の不足	-	-	-	-	3.15 (0.69)	3.11 (0.74)	3.12 (0.80)	.981
研究会・指導者の不足	-	-	-	-	3.23 (0.83)	2.96 (0.84)	3.02 (0.74)	.595
訪問支援の方法	-	-	-	-	2.46 (0.97)	2.33 (0.96)	2.39 (0.93)	.955
特に困っていることは無い	2.13 (0.64)	1.75 (0.93)	1.14 (0.35)	.001 **	1.75 (1.06)	1.65 (0.78)	1.69 (0.79)	.982

† p < .10, * p < .05, ** p < .01 平均(標準偏差)

表 1.2.16 困っている事柄と年齢／経験年数との Pearson の相関係数

	2001 調査				2011 再調査			
	保健師		心理職		保健師		心理職	
	年齢	経験年数	年齢	経験年数	年齢	経験年数	年齢	経験年数
子どもの発達に関する知識不足	-.385**	-.420**	-.342**	-.457**	-.279**	-.341**	-.284**	-.377**
カウンセリングに関する知識不足	-.273**	-.278**	-.372**	-.442**	-.293**	-.272**	-.266**	-.291**
乳幼児精神保健に関する知識不足					-.281**	-.299**	-.314**	-.412**
子どもの虐待への対応方法	-.192**	-.189**	-.331*	-.277*	-.216**	-.257**	-.164	-.208*
他職種のスナップとの連携の取り方	-.153**	-.212**	-.184	-.284*	-.215**	-.280**	-.083	-.254**
他機関との連携の取り方	-.223**	-.263**	-.335**	-.444**	-.275**	-.303**	-.150	-.276**
母子保健事業に関する知識不足	-.264**	-.375**	-.452**	-.375**	-.388**	-.449**	-.179	-.423**
自分の専門性の活用方法	-.225**	-.291**	-.430**	-.405**	-.296**	-.308**	-.257**	-.356**
対象件数の多さ	.123*	.123*	-.143	-.008	-.023	-.051	.017	.024
深刻な事例の多さ	.141*	.166**	-.012	.021	.015	-.023	-.003	.017
スナップの人手不足	.030	-.006	-.164	-.085	.026	.012	-.073	-.006
連携できる機関の不足	.047	.100	-.138	-.241	.024	-.025	-.011	.015
研究会・指導者の不足	-	-	-	-	.048	.023	-.146	-.065
訪問支援の方法	-	-	-	-	-.179**	-.269**	-.076	-.022
特に困っていることは無い	.191**	.220**	.245	.248	.188**	.182**	.255*	.136

* p < .05, ** p < .01

(8)心理職による訪問事業の実施の有無による差異

表 1.2.17 から表 1.2.19 は、表 1.2.9 の保健師と心理職とで心理職の役割に対する認識の違いを示す調査項目（上段）、及び表 1.2.13 の困っている事柄の違いを示す調査項目（下段）について、心理職による訪問事業の実施の有無による比較をしたものである。表 1.2.17 は【2001 調査】、表 1.2.18 は【2011 再調査】、表 1.2.19 は年度間比較であり、Mann-Whitney のU検定を用いて漸近有意確率を求めている。

先に表 1.2.9 の結果から保健師の家庭訪問に心理職が同行することは、他の役割と比較して軽視され、心理職自身も重要な役割とは捉えていないと考察したが、特に心理職が訪問事業を実施している方がこの 10 年間で平均点が 0.92 点($p < .10$)も低下している。次節でインタビューした養育支援訪問事業担当として雇用されている心理職の例（瀬々倉.2011）を見ても、心理職が家庭訪問を行っている場合に、必ずしも保健師と同行しているとは限らないことが影響していると考えられる。

また、心理職が訪問事業を実施している方の平均点が、表 1.2.17 の【2001 調査】では量的な項目である「対象件数の多さ」で 0.91 点($p < .10$)、「スタッフの人手不足」で 0.94 点($p < .10$)それぞれ高く有意であったのに対して、表 1.2.18 の【2011 再調査】では質的な項目である「深刻な事例の多さ」で 0.45 点($p < .10$)高くなっており、この 10 年間で心理職が訪問事業を実施している場合、困っている事柄が量的なものから質的なものへと相対的に変化してきている。

表 1.2.17 心理職による訪問事業の実施の有無による比較 (2001 調査)

	保健師				心理職				
	訪問実施	訪問非実施	有意確率	訪問実施	訪問非実施	有意確率	訪問実施	訪問非実施	有意確率
子どもの発達程度の把握と発達促進	4.00 (0.00)	3.83 (0.40)	.338	4.00 (0.00)	3.95 (0.23)	.875	3.95 (0.23)	3.95 (0.23)	.875
子どもの情緒的な側面へのサポート	3.80 (0.45)	3.90 (0.32)	.399	4.00 (0.00)	3.89 (0.37)	.786	3.89 (0.37)	3.89 (0.37)	.786
育児不安など、養育者の情緒的な側面へのサポート	4.00 (0.00)	3.90 (0.32)	.486	4.00 (0.00)	3.89 (0.31)	.738	3.89 (0.31)	3.89 (0.31)	.738
親子間の情緒的な関わりに対するサポート	3.80 (0.45)	3.89 (0.34)	.492	4.00 (0.00)	3.91 (0.29)	.786	3.91 (0.29)	3.91 (0.29)	.786
子どもの虐待についての対応	4.00 (0.00)	3.89 (0.35)	.457	3.50 (0.58)	3.86 (0.35)	.253	3.86 (0.35)	3.86 (0.35)	.253
他職種や他機関との連携関係の調整	3.80 (0.45)	3.38 (0.68)	.161	3.50 (0.58)	3.66 (0.51)	.597	3.66 (0.51)	3.66 (0.51)	.597
保健師の家庭訪問への同行	3.40 (0.89)	3.19 (0.66)	.406	4.00 (0.00)	2.98 (0.71)	.008 **	2.98 (0.71)	2.98 (0.71)	.008 **
スタッフとの勉強会の実施	4.00 (0.00)	3.82 (0.40)	.307	4.00 (0.00)	3.75 (0.58)	.538	3.75 (0.58)	3.75 (0.58)	.538
子どもの発達に関する知識不足	2.40 (0.89)	3.00 (0.80)	.145	2.50 (1.00)	2.54 (0.93)	.918	2.54 (0.93)	2.54 (0.93)	.918
カウンセリング・乳幼児精神保健に関する知識不足	3.40 (1.34)	3.46 (0.69)	.506	2.50 (0.58)	2.72 (0.92)	.711	2.72 (0.92)	2.72 (0.92)	.711
子どもの虐待への対応方法	3.40 (0.89)	3.51 (0.65)	.863	3.50 (0.58)	3.05 (0.93)	.439	3.05 (0.93)	3.05 (0.93)	.439
他職種との連携の取り方	2.00 (1.00)	2.51 (0.83)	.248	2.00 (0.82)	2.79 (0.82)	.110	2.79 (0.82)	2.79 (0.82)	.110
他機関との連携の取り方	2.00 (1.00)	2.60 (0.82)	.175	2.50 (1.00)	3.05 (0.82)	.334	3.05 (0.82)	3.05 (0.82)	.334
母子保健事業に関する知識不足	2.20 (0.84)	2.62 (0.79)	.298	3.50 (0.58)	2.81 (0.78)	.117	2.81 (0.78)	2.81 (0.78)	.117
自分の専門性の活用方法	2.40 (1.14)	2.58 (0.84)	.625	2.75 (0.50)	2.57 (0.79)	.646	2.57 (0.79)	2.57 (0.79)	.646
対象件数の多さ	3.00 (1.41)	2.75 (0.96)	.522	3.50 (0.58)	2.59 (0.88)	.057 †	2.59 (0.88)	2.59 (0.88)	.057 †
深刻な事例の多さ	3.00 (1.41)	2.83 (0.82)	.522	3.00 (0.00)	2.61 (0.81)	.317	2.61 (0.81)	2.61 (0.81)	.317
スタッフの人手不足	3.80 (0.45)	3.36 (0.77)	.193	4.00 (0.00)	3.06 (1.00)	.067 †	3.06 (1.00)	3.06 (1.00)	.067 †
連携できる機関の不足	3.40 (0.55)	3.06 (0.74)	.319	3.50 (1.00)	3.18 (0.72)	.380	3.18 (0.72)	3.18 (0.72)	.380
特に困っていることは無い	1.00 (0.00)	1.64 (0.79)	.079	1.50 (1.00)	1.56 (0.76)	.787	1.56 (0.76)	1.56 (0.76)	.787

† p < .10, ** p < .01 平均(標準偏差)

表 1.2.18 心理職による訪問事業の実施の有無による比較 (2011 再調査)

	保健師				心理職			
	訪問実施	訪問非実施	有意確率	訪問実施	訪問非実施	有意確率	有意確率	
子どもの発達の程度の把握と発達促進	3.86 (0.46)	3.85 (0.40)	.633	4.00 (0.00)	4.00 (0.00)	1.000	1.000	
子どもの情緒的な側面へのサポート	3.90 (0.31)	3.88 (0.37)	.819	3.83 (0.39)	3.87 (0.40)	.592	.592	
育児不安など、養育者の情緒的な側面へのサポート	3.92 (0.28)	3.81 (0.41)	.067 †	3.92 (0.29)	3.92 (0.27)	.930	.930	
親子間の情緒的な関わりに対するサポート	3.90 (0.31)	3.82 (0.40)	.202	3.92 (0.29)	3.88 (0.33)	.713	.713	
子どもの虐待についての対応	3.82 (0.39)	3.70 (0.51)	.144	4.00 (0.00)	3.82 (0.41)	.130	.130	
他職種や他機関との連携関係の調整	3.10 (0.74)	3.07 (0.77)	.863	3.50 (0.67)	3.48 (0.65)	.899	.899	
保健師の家庭訪問への同行	3.06 (0.59)	3.00 (0.68)	.581	3.08 (0.79)	2.78 (0.72)	.211	.211	
スタッフとの勉強会の実施	3.76 (0.43)	3.66 (0.54)	.302	3.58 (0.51)	3.59 (0.54)	.914	.914	
母子保健事業全体への心理的なアプローチ	3.52 (0.58)	3.46 (0.67)	.675	3.42 (0.67)	3.26 (0.65)	.421	.421	
協働スタッフへの心理的サポート	3.33 (0.66)	3.23 (0.74)	.411	3.25 (0.87)	3.14 (0.67)	.399	.399	
子どもの発達に関する知識不足	3.04 (0.73)	3.10 (0.77)	.521	2.82 (0.87)	2.42 (0.93)	.193	.193	
カウンセリングに関する知識不足	3.35 (0.72)	3.35 (0.71)	.993	3.00 (0.63)	2.44 (0.91)	.040 *	.040 *	
乳幼児精神保健に関する知識不足	3.35 (0.75)	3.33 (0.69)	.711	3.00 (0.77)	2.57 (0.94)	.162	.162	
子どもの虐待への対応方法	3.29 (0.65)	3.29 (0.70)	.825	3.25 (0.62)	2.78 (0.86)	.069 †	.069 †	
他職種のスタッフとの連携の取り方	2.53 (0.71)	2.52 (0.79)	.928	2.50 (0.80)	2.59 (0.82)	.516	.516	
他機関との連携の取り方	2.51 (0.71)	2.59 (0.81)	.447	2.67 (0.65)	2.84 (0.91)	.405	.405	
母子保健事業に関する知識不足	2.55 (0.82)	2.63 (0.84)	.555	2.75 (0.87)	2.89 (0.85)	.482	.482	
自分の専門性の活用方法	2.76 (0.75)	2.64 (0.83)	.389	2.58 (1.00)	2.58 (0.94)	.912	.912	
対象件数の多さ	3.00 (0.98)	2.86 (0.97)	.300	3.33 (0.78)	2.89 (1.00)	.160	.160	
深刻な事例の多さ	3.02 (0.78)	2.95 (0.86)	.611	3.08 (0.67)	2.63 (0.83)	.067 †	.067 †	
スタッフの人手不足	3.43 (0.74)	3.37 (0.79)	.692	3.50 (0.80)	3.18 (0.89)	.227	.227	
連携できる機関の不足	3.06 (0.63)	3.07 (0.81)	.731	2.92 (0.79)	3.10 (0.79)	.406	.406	
研究会・指導者の不足	3.22 (0.74)	3.09 (0.76)	.219	3.08 (0.79)	3.03 (0.80)	.873	.873	
訪問支援の方法	2.78 (0.77)	2.74 (0.78)	.630	2.64 (0.67)	2.33 (0.95)	.279	.279	
特に困っていることは無い	1.70 (0.79)	1.59 (0.77)	.367	1.55 (0.82)	1.71 (0.84)	.519	.519	

† p < .10, * p < .05 平均(標準偏差)

表 1.2.19 心理職による訪問事業の実施の有無による比較（年度間比較）

	保健師		心理職	
	訪問実施	訪問非実施	訪問実施	訪問非実施
子どもの発達程度の把握と発達促進	.728	.306	1.000	.025 *
子どもの情緒的な側面へのサポート	.728	.300	.684	.690
育児不安など、養育者の情緒的な側面へのサポート	.772	.000 ***	.862	.497
親子間の情緒的な関わりに対するサポート	.728	.008 **	.862	.566
子どもの虐待についての対応	.523	.000 ***	.170	.704
他職種や他機関との連携関係の調整	.059 †	.000 ***	1.000	.104
保健師の家庭訪問への同行	.292	.000 ***	.058 †	.142
スタッフとの勉強会の実施	.382	.000 ***	.262	.020 *
子どもの発達に関する知識不足	.166	.075 †	.753	.418
子どもの虐待への対応方法	.643	.000 ***	.599	.047 *
他職種のスタッフとの連携の取り方	.279	.817	.446	.181
他機関との連携の取り方	.306	.924	1.000	.205
母子保健事業に関する知識不足	.467	.894	.170	.526
自分の専門性の活用方法	.432	.288	.681	.970
対象件数の多さ	.840	.104	.862	.062 †
深刻な事例の多さ	.728	.035 *	.862	.924
スタッフの人手不足	.335	.748	.379	.540
連携できる機関の不足	.335	.694	.262	.630
特に困っていることは無い	.109	.478	.851	.340

† p < .10, * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

平均(標準偏差)

4. まとめ

本節では、「健やか親子 21」開始年度に実施した【2001 調査】と、当初の終了予定年度の 10 年後の【2011 再調査】に、全国の保健センターの母子保健担当保健師と心理職とを対象とした、「心理職の役割に関する実態調査」を比較検討した。以下に、その比較検討の要旨を整理する。

- ①母子保健に関わる保健師や心理職の大半が女性である状態は、10 年経過しても大きくは変化していない。
- ②即戦力となる心理職が人材として採用されている。
- ③10 年間で保健センターにおいて心理職が在職する割合は増加しているが、この増加分は非常勤の増加(25.8%)による。また、【2001 調査】では、常勤と非常勤の心理職が混在して在職することは確認されなかったが、【2011 再調査】では、心理職の混在つまり、複数の心理職が在職している保健センターが 3.6%確認されている。
- ④母子保健領域に関わる心理職にとって、発達心理学や臨床心理学など従来からある心理学分野のいずれかのみで対処するのでは不十分である。
- ⑤臨床心理士有資格者が増加しており、④を考慮すれば、臨床心理士指定大学院におけるカリキュラムについても、再検討が必要である。
- ⑥訪問事業は、心理職にあまり浸透していないが、新たに開始されている養育支援訪問事業については、他の訪問事業に対して実際に心理職が関わっている割合が高く、保健師、心理職共にその必要性を感じる割合も相対的に高くなっている。
- ⑦心理職が不在の保健センターに勤務する保健師よりも心理職が在職する保健センターの保健師の方が、【2001 調査】【2011 再調査】共に心理職の役割として考える項目の平均点が高くなる傾向にあり、この 10 年間でその差がより広がる傾向にある。
- ⑧「子どもの虐待への対応方法」について、心理職不在の保健センターにおける保健師の方が困っており、この 10 年間で心理職の在職の有無による平均点の差が広がり、心理職在職の場合、有意に減少している。
- ⑨心理職が訪問事業を実施している場合、困っている事柄が量的なものから質的なものへと相対的に変化してきている。

上記の考察結果からは、「健やか親子 21」の課題 4 を改善するための活動に伴って、心

心理職が 10 年前よりも雇用されるようになり、子どもへの虐待への対処については、少なからず貢献していることが理解できる。一方で、心理職の多くは非常勤職であり、より母子保健領域における課題改善に貢献するためには、その雇用形態の是正が望まれる。

また、最早期から多職種との協働のもとで親子に関わることが出来る母子保健領域に心理職がより貢献するためには、心理職の教育体制についても一考の余地がある。

なお、【2001 調査】(瀬々倉.2010)を先行研究として、保健師が心理職の役割として期待する内容に関する調査報告が先頃発表された(二重.2014)。これによると、保健師は、子どもの発達障害に関する知識を持っており、具体的な関わり方を指導できる心理職に期待を寄せていることが理解できる。さらに、子どもと養育者のこころの問題に心理職が積極的に関与していく必要があるとするなど、現代の母子保健事業において、心理職が貢献することを保健師が期待していることが、十分理解できる結果となっていた。この調査報告については、今後詳細に検討することとしたい。

文献

厚生労働省ホームページ(2012)「健やか親子 21」の推進について.[http://www.mhlw.go.jp/](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo_kosodate/boshi-hoken/sukoyaka-01.html)

[seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo_kosodate/boshi-hoken/sukoyaka-01.html](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo_kosodate/boshi-hoken/sukoyaka-01.html)

中村敬・高野陽・銚之原昌・吉田弘道・福本恵・堤ちはる・野口晴子・齋藤幸子(2006)乳幼児健診システムに関する全国実態調査.平成 17 年度厚生労働科学研究補助金(子ども家庭研究総合研究事業)

二重佐知子(2014)近畿地域における乳幼児健康診査に従事する保健師が期待する心理職の役割.小児保健研究.第 73 巻第 3 号.小児保健協会.Pp.468-474

瀬々倉玉奈(2000 a) 心理的援助における援助側のアセスメントの必要性ー保健センターから家庭訪問に出向いた事例をもとにー.日本心理臨床学会第 19 回大会発表論文集. P.118

瀬々倉玉奈(2000b) 援助側をアセスメントするということ 試案(1)ー連携スタッフとの対話から生まれる援助の可能性と限界ー.京都国際社会福祉センター紀要 発達・療育研究.第 16 号.Pp.27-41

瀬々倉玉奈(2002) 地域での子育て・子育て支援ー保健センターにおける心理職の役割に

- 関する実態調査報告－. 日本小児保健協会 第 49 回学術集会講演集. Pp.124-125
- 瀬々倉玉奈 (2010) 母子保健領域における心理職の役割に関する全国調査.大阪樟蔭女子大学人間科学研究紀要.第 9 号. Pp.247-260.
- 瀬々倉玉奈 (2011) 母子保健領域における心理職の役割に関する事例研究－鳥取県 X 市保健センターでのインタビュー調査－. 神戸大学大学院人間発達環境学研究科研究紀要. 第 5 卷 1 号. Pp.53-66
- 瀬々倉玉奈 (2012) 「健やか親子 21」と母子保健領域における心理職の役割.日本子育て学会.第 4 回大会論文集.Pp.84-85
- 瀬々倉玉奈(2013) 保健センターからの家庭訪問による親子支援と心理職. 日本子育て学会 第 5 回大会発表抄録集. Pp. 94-95
- 高野陽・柳川洋・加藤忠明 (2000) 母子保健マニュアル第 4 版.南山堂
- 高野陽・柳川洋・加藤忠明 (2008) 母子保健マニュアル第 6 版.南山堂

第3節 保健師の心理職イメージと心理職の葛藤：インタビュー調査を中心に

本節では、「健やか親子 21」開始から 10 年を経た 2011 年度に実施した【2011 再調査】の予備調査、及び、【2001 調査】・【2011 再調査】という量的調査では把握しきれない内容を理解するための質的研究として実施したインタビュー調査について報告する。第 2 節で述べた【2001 調査】の結果をふまえ、臨床心理学を学んだ若手の心理職が勤務しており、母子保健事業への取り組みに熱心である鳥取県内 X 市保健センターに所属する保健師と心理職とを対象とし、心理職の役割に関して対話形式の半構造化面接を行った。

1. 問題と目的

母子保健法が制定(1965 年)された当初、母子保健事業がもっとも注力した課題は乳幼児死亡率の減少であった。以後、この課題は改善され、日本は世界で最も乳幼児死亡率の低い国の 1 つとして数えられるようになった(高野・柳川・加藤.2008)。つまり、世界中でもっとも安全に安心して子どもを産める国になったのである。その一方で、現代の親子をめぐる状況は、少子化の進行、子育て不安の蔓延、連日のように報道される子どもへの虐待事件の増加など、深刻な状態にある(瀬々倉.2005)。1994 年の母子保健法改正では、乳幼児健診などの母子保健事業が保健所から市区町村の保健センターへと移管され、保健センターは地域における子育て・子育て支援の最前線に立つこととなった。

この状況をうけて横田(2006)は、「母子保健の仕事は子育て支援そのものになってきた」と、乳幼児健康診査(以下、「乳幼児健診」と略す。)において、こころの問題を発見し対応することの重要性を主張している。

これは、厚生労働省が 21 世紀の母子保健の主要な活動指標としてあげた「健やか親子 21」にも表れており、「子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減」が、4 つの項目のうちの 1 つに挙げられている(高野・柳川・加藤.2008)。

このような母子保健事業が注力する課題の変遷に伴い、そこで業務をおこなう心理職に対しても役割の変化や資質の向上が期待されつつあると考えられる。

ところが、健やか親子 21 が開始された 2001 年度に実施された「母子保健領域における心理職の役割に関する全国調査」(瀬々倉.2002a)(以下、「2001 年度調査」と略す。)では、心理職の役割の変化以前に、年に数回の雇い上げを含めても母子保健事業に心理職が関わ

っている保健センターは半数にも満たないことが明らかとなった。また、母子保健事業を中心的に担っている保健師の多くは心理職の果たしうる役割を理解する機会が少ない一方で、心理職と共に仕事をする過程で、心理職の役割を徐々に理解していくことも示された(瀬々倉.2010)。このことは、自由記述欄に、「このアンケートを見て初めて、心理職の役割がイメージできた」といった保健師の記載が複数認められたことから裏付けられている。

また、心理職の多くは、援助実践を支える具体的な理論やモデルの未整備により、一人ひとりが苦心しながら業務に携わっていることが看取された(瀬々倉.2010)。さらに、心理職のなかでも、臨床心理学的な知見を活用しながら母子保健事業に関わるということは、相当の応用力を必要とする(Sesekura.2004)ことから、若手で学生時代に主として臨床心理学を学んだ心理職が自らの専門性の活用などについて、発達心理学を主として学んだ者よりも困難を感じていた(瀬々倉.2010)。

既述した母子保健領域における「子育て支援」から「子育て・子育て支援」への転換は、従来の心理学の分野からすれば、以下のように異なる分野が関わっている(註1)。子どもの疾病や障害の早期発見・早期療育には、発達検査によるスクリーニングやアセスメントに基づいた発達援助など、発達心理学による知見が大いに貢献してきており、一定の効果を得てきた。つまり、子どもが育つことへの支援、「子育て支援」である。この発達心理学の知見による援助の重要性は依然変わらぬままに、現代の親子に対する支援には、臨床心理学的アセスメントに基づいた子どもと養育者それぞれの不安や親子の関係性に対する支援、「子育て・子育て支援」が合わせて必要になってきている(Sesekura.2004)。この支援は、子どもへの虐待の予防や対処など、相矛盾する方向への援助を同時並行的に行うという、支援者にとって非常に難しい作業になることもある(瀬々倉. 2005)。

このように考えると、この分野での歴史が浅く、かつ相当の応用力が必要とされる臨床心理学を学んだ経験の浅い若手が、発達心理学を学んだ者よりも自らの専門性の活用などについて困難を感じているのは無理からぬことである。

以下に挙げるのは、臨床心理学的な視点をもって母子保健領域(保健所・保健センター)に関わっている心理職によって指摘された心理職の役割に関する稀少な既述である。いずれも保健師の存在の大きさを強調した上で、次のように述べている。

加藤(2004)は、複数の保健センターにおいて複数の母子保健事業に心理職として携わり、

多くの実践研究を積み重ねた中で、保健センターにおける心理職の役割として最も重要なことは、様々な次元での心理・発達アセスメントであるとし、さらに、これは必ずしも発達検査や心理テストによるものばかりではなく、観察と関わりの中から得られるものが大切であるとしている。また、一般化された知識や技法だけに依拠するのではなく、親子の居住地域や居住形態の特性、気候、風土、風習などによる差異を考慮し、対象者にとっての問題性や解決のあり方をより具体的に考えていくことが必要であるとしている。

このように、加藤の指摘は、養育者に対する心理テストを通じたアセスメントが馴染まない現場で、観察や関わりを活かしたアセスメントに基づいて支援をすることの重要性を示しているが、佐田久(2010)のように、育てにくさのある幼児とその養育者を対象としたグループ支援という文脈においては、POMS 短縮版(横山、2005)などによる養育者の心的傾向の測定が有効であるという指摘もある。

少し観点は異なるが、小野(2004)は、保健センターで1歳6ヶ月児健診時の心理相談員として関わった経験から、核家族の中での子育てが当たり前になった現代の子育て環境においては、切れ切れになってしまったコミュニティのネットワークを新しく紡ぎ、充実した子育て支援機能を提供していくことが保健センターの機能であるとしている点からも、保健センターの心理職が必要とされている現状がうかがえる。

以上の検討から、母子保健領域において「子育て・子育て支援」を効果的に支援していくためには、発達検査などの心理テストや心理療法の応用など、発達心理学および臨床心理学を基礎としたアセスメントやアプローチが必要であり、特に、援助対象者の観察・対象者とのかかわり・対象者の利用しうる環境や資源などをも考慮することが求められていることが理解できる。

かつて筆者(瀬々倉、1996)は、心理療法で生起する転移現象(註 2)が、心理療法における特殊性であるとし、それに伴う危うさについて論じた。このような特殊性と危うさを伴う心理療法が、クライアント(来談者)にとって破壊的でなく有効なものになるためには、その場を守るための治療的枠組みが不可欠であると主張した。後に、その考えを発展させ、学校現場、小児科、保健センターなどにおける心理職のみではない他職種との協働による援助において、臨床心理学的な観点を応用する際には、通常心理療法でも行われる援助対象に対するアセスメントはもちろんのこと、「援助側のアセスメント」も合わせて行う必要があると指摘した上で(瀬々倉、2000)、大まかなアセスメントの項目についても提示している。さらにそれを「援助環境のアセスメント」と改称し、臨床心理学的な観点を応用し

たアプローチを行う際の参照枠としている(瀬々倉.2004)が、保健センターにおける「子育て・子育て支援」においては、このような側面のアセスメントにも留意する必要があると考えられる。なお、この点については、第3章において改めて論じる。

「健やか親子21」の取り組みが始まって10年が経過した現在、初年度に実施された2001年調査で明らかとされた諸課題(瀬々倉.2010)が、どの程度解決されているのか(例えば、学生時代に臨床心理学を学んだ若手の心理職は現在でもなお自らの専門性の活用に困っているのか、アセスメントやアプローチのあり方についてどのように考えているのか、心理職の役割モデル・援助モデルは構築されているのか等)をインタビュー調査によって事例的に明らかにしようと考えた。その際、インタビュー対象の保健センターは、「子育て・子育て支援」の取り組みが比較的進んでおり心理職の関わりについても積極的である所を選んだ。なぜなら、ここでの調査結果を参考にして、2011年度中に、瀬々倉(2010)と同様に保健師および心理職を対象とした質問紙調査の調査項目を作成したいと考えていたからである。今回実施したインタビュー調査は、本章第2節の量的な調査に対して、それだけでは把握しきれない要素を質的に捉えようとしたものである。また、全国調査の予備調査という位置づけも有している。

2.インタビュー調査の概要

(1) 鳥取県X市の概要と母子保健

鳥取県X市は、豊かな自然に囲まれた平坦な地形で、江戸時代には城下町として栄えた商業地域である。2010年10月1日現在の人口は150,227人(男性71,304人・女性78,923人)、世帯数は63,022である。2009年度の出生数は、1,553人であった。今回のインタビュー対象であった保健師によると、女性を支援する仕組みや施設が整っており、女性が比較的就業しやすい環境にあるため、離婚後に住民となる女性も多いとのことである。鳥取県のホームページには、「子育て支援総室」というサイトが設けられており、「小さな支えが大きな安心子育て王国鳥取県」との謳い文句からも、県全体が子育て支援に注力していることが推測される。このことは、以下に述べる5歳児健診の導入にも表れている。

(2) 養育支援訪問事業と発達支援事業

図1.3.1は、X市保健センターにおける母子保健事業の体系を示したものである。今回のインタビュー調査では、主にこの体系図の中の文字を四角で囲んだ、子どもの年齢にか

かわらず実施されている「養育支援訪問事業」と「発達相談」・「巡回相談」・「個別相談」からなる5歳児を中心とした「発達支援事業」について尋ねることとした。当該自治体X市では、この2つの事業に心理職が深く関わっていると同時にX市保健センターの特色であると考えられたからである。また、発達支援事業の詳細は、表 1.3.1 の発達支援事業概要に示すとおりである。なお、図 1.3.1、表 1.3.1 及び表 1.3.2 は、X市保健センターから提供されたものをインタビューやその後の確認をもとに、筆者が再構成したものである。

①養育支援訪問事業

今回のインタビュー対象の心理職は、養育支援訪問事業の担当者として雇用されている。この事業は、特に年齢を限定せずに必要に応じて行われている。詳細は、心理職へのインタビュー調査において記載する。

②5歳児の発達支援事業

既述したように、X市保健センターにおける母子保健事業の特色の1つは、5歳児の発達支援事業の実施と、その対象者、相談スタッフなどを含む相談システムである(図 1.3.1、表 1.3.1)。母子保健事業の一環として行われる乳幼児期の健診は、乳児健診(生後4ヶ月)、1歳6ヶ月児健診、3歳児健診が一般的である。しかしながら、近年、3歳児健診の時期以降に顕著になるといわれている発達障害の兆候や、就学との関係などから生じる子育て家庭の課題に対応する必要性から5歳児健診の必要性が訴えられている。

鳥取県は、他の多くの自治体では未だ実施されていない5歳児健診に積極的であり、X市保健センターは、すべての子どもを対象とした全面的実施(健診)には至っていないものの、「発達相談」として5歳児を中心とした個別相談を実施している。

筆者が5歳児発達相談場面を見学した際には、対象児と両親だけでなく、対象児の所属園の幼稚園教諭や保育士が同席していた。また、県内の大学から脳神経小児科医が派遣され、遠城寺式乳幼児分析的発達診断検査(遠城寺・合屋.1958. 以下、「遠城寺式」と略す。)の一部を実施していた。

なお、5歳児発達相談を開始した2007年度からの当該サービスの利用者の内訳は、表 1.3.2 の5歳児発達相談利用者数に記されている。年齢の欄を見ると、「5歳児」としながらも、必ずしも年齢を限定していないことがうかがえる。

時期	妊娠期(胎児)	乳児期		幼児期		学童期			
年齢	胎児	出生	6か月	1歳	1歳6か月	3歳	5歳	就学	
訪問	母子健康手帳交付 (妊娠届出時アンケート)	赤ちゃん訪問 (乳児家庭全戸訪問事業) M12・PHN							
養育支援訪問事業 CP・Di・M12・N・PHN									
健診	妊婦健診	6か月児健診 CP・D・Di・PHN・	1歳6か月児健診 CP・D・Di・N・P2・PHN	3歳児健診 CP・D・Di・N・P2・PHN					
		ステップ健診 D・PHN・(CP・Di)	ステップ健診 D・PHN・(CP・Di)	ステップ健診 D・PHN・(CP)					
その他の事業	マタニティー相談 M	両親学級 Dh・Di・M・PHN	幼児学級 CP・Di・N2・PHN	発達支援事業 (要精密検査者へ紹介状発行) CP・D・N・PHN・Y etc. 発達相談 N・P・PHN・(Y) etc. 巡回相談 CP・PHN・Y・(N) etc.					
		赤ちゃんすくすく相談 CP・Di・Dh・M・PHN	離乳食講習会 (前期:4・5ヶ月、中期—後期: 8・9ヶ月) Di・N2・PHN						

CP:心理職、D:医師、Dh:歯科衛生士、Di:栄養士、M:委託助産師、N:委託保育士、P:委託心理職、PHN:保健師、Y:他機関発達支援員、数字は人数

図 1.3.1 X市母子保健事業体系図

表 1.3.2 5 歳児発達相談利用者数

		2007 年度	2008 年度	2009 年度	2010 年度 (10 月末現在)
受診者数		40 (100.0)	34 (100.0)	53 (100.0)	35 (100.0)
園職員同伴		27 (67.5)	24 (70.6)	36 (67.9)	26 (74.3)
年齢	6 歳	8 (20.0)	2 (5.9)	5 (9.4)	2 (5.7)
	5 歳	31 (77.5)	19 (55.8)	30 (56.6)	19 (54.2)
	4 歳	0 (0.0)	9 (26.5)	11 (20.8)	8 (22.9)
	3 歳	1 (2.5)	4 (11.8)	7 (13.2)	5 (14.3)
	2 歳	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (2.9)
クラス	年長	33 (82.5)	12 (35.3)	26 (49.1)	18 (51.4)
	年中	6 (15.0)	15 (44.1)	17 (32.1)	9 (25.7)
	年少	1 (2.5)	4 (11.8)	5 (9.4)	5 (14.3)
	未満	0 (0.0)	3 (8.8)	5 (9.4)	3 (8.6)

人数 (%)

(3) 市内の連携できる他課：子ども未来課

市内には虐待対策専門の課として「子ども未来課」が設置されており、市内の情報を集約している。同課内には虐待予防や見守りを中心としている「家庭児童相談室」が設置されており、より深刻な状態については、児童相談所が関わることになっている。保健センターとも連携関係にあり、養育支援事業の一環で保健師と心理職が子ども未来課の相談員と月に 2 回検討会議を行い、リスクがある親子については共同して調査をすることもある。

その他、連携機関については、表 1.3.1 を参照のこと。

(4) 母子保健事業における発達検査によるアセスメント

心理職によると、発達検査は実施していないとのことであるが、詳細に聞いていくと、5 歳児発達相談では、別室で脳神経小児科医が遠城寺式検査の一部を実施していたほか、保健師や心理職が必要に応じて、KIDS(キッズ)乳幼児発達スケール(三宅.1991. 以下、

「KIDS」と略す。)を実施していた。また、発達相談の際に利用者が記入する申し込み用紙には、発達障害などを意識した項目が含まれている。しかしながら、新版 K 式発達検査法(生沢, 1998. 以下, 「K 式」と略す。)などの精密な検査はおこなわれず, 質問紙などによる発達検査も常に実施しているわけではない。

健診のフォローアップである「ステップ健診」などへの導入については, 健診に関わるスタッフそれぞれの判断を保健師に伝え, 保健師から養育者へと伝えられる。また, 健診の場では, 1 回に約 60 組の親子が来所するため, その場で発達検査をすることはできない。そこで, 順番を待ちながら遊んでいる親子の様子などがスタッフ共通のノートに記録される。その際, 親子共通の番号が記されたネームプレートを付けてもらい, 観察記録等をつける際にはその番号が利用される。

3. インタビュー調査の目的と方法

(1)調査目的

2001 年度調査で明らかにされた心理職の役割にかかわる実態が現在どう変化しているのかを検討すること, さらに, 2011 年度に実施予定の調査に向けての予備的情報を得ることが本研究の目的である。

(2)調査方法

調査対象

母子保健事業を担当する保健師 1 名および心理職 1 名がインタビュー調査の対象であった。

保健師は, 30 歳代の女性であり, 母子保健事業に関する経験年数 9 年の常勤職員である。担当は異動のあるのが通常であるが, この保健師は就職以来一貫して母子保健担当であるとのことで, インタビュー対象として最適であると判断した。なお, X 市保健センターの母子保健担当の保健師は合計 7 名であり, 他の事業との兼務ではない。乳幼児健診などでは, さらに成人保健担当の保健師たちが手助けをしてくれるとのことである。

心理職は, 20 歳代後半の女性であり, 大学院修士課程において臨床心理学を専攻している。養育支援訪問事業の担当で, 月に 17 日間勤務の嘱託職員として雇用されている。母子保健事業に関する経験年数は 4 年である。その他に事業毎の雇いあげ(委託)の心理職が当該センターに 2 名勤務している。なお, 2001 年度調査と同じく, 心理職のみではなく保

健師をも調査対象としたのは、母子保健事業の中心的な担い手が保健師であるからである。

調査時期

2010年8月の3日間(金曜日、月曜日、火曜日)

調査場所

X市福祉保健総合センター内のX市保健センター

事前準備

- 1日目：事前打ち合わせにおいて、対象者(保健師・心理職)に2001年度調査用紙(改訂版)への回答を依頼
- 2日目：同館内の「子育てひろば支援センター」の音楽プログラムに参加／5歳児発達相談の見学及びカンファレンスへの同席

対話形式の半構造化面接(インタビュー調査)

3日目に、2001年度調査用紙(改訂版)への回答を参照しながら、以下のA~Gの調査項目をもとに、保健師、心理職各々約1時間ずつの対話形式による半構造化面接を実施した。なお、Aについては、保健師・心理職を対象に、調査機関の3日間を通して聴き取ったものであり、その結果は既に本節の(1)~(4)に整理のうえ記載している。

調査項目：

- A 個別相談および家庭訪問を中心とした相談事業
- B アセスメント(心理職へのインタビュー)
- C 心理職の役割について(保健師へのインタビュー)
- D 保健師が困っていること(保健師へのインタビュー)
- E 心理職の役割について(心理職へのインタビュー)
- F 心理職が困っていること(心理職へのインタビュー)
- G その他、今後の展望など(保健師・心理職へのインタビュー)

上記の調査項目AからGを設定した理由は、質問紙のみでは把握しきれない調査対象である保健センターの事情や工夫が反映されている具体的な実態について、インタビューを通して対象化でき、今後の保健センターにおける心理職のあり方に関する考察に役立つと判断したからである。

また、インタビューとは別日程で事前準備に十分な時間をかけたのは、約1時間ずつのインタビューのみでは、保健センターにおける母子保健の状況を十分に理解するのは難し

いと予想されたこと、援助モデルが確立していない母子保健領域の心理職の役割についても、情報交換の機会を十分に確保しないと、十分に理解できないと判断したからである。

さらに、「対話形式」の半構造化面接を導入したのは、面接者（筆者）が複数の保健センターにおいて長年の援助実践経験を有する臨床心理士であることが理由としてあげられる。インタビューでは、援助対象者に対するアセスメントやアプローチ(対応，関わり)，あるいは他職種との協働のあり方など、インタビュー対象者にとっては自明であるが、言葉で表出しにくい微妙なニュアンスを筆者が彼女らとの対話を通して明確化する作業になり得ると考えたからである。

結果の記載方法

上記のような理由から、インタビュー結果の記載に関しては、どのような対話がなされたか、その本質を了解しやすくするための工夫として、次のような記載方法をとることとした。インタビュー内容については録音のうえ、逐語録化(方言と思われる箇所は標準語で文字化した)し、一つの発話ごとに発話者別に番号を付した。保健師へのインタビューでは、保健師，インタビューアー共に発話が 342 ずつ、心理職へのインタビューでは、心理職，インタビューアー共に発話が 288 ずつであった。結果の表記方法については、発言をそのまま引用する場合は「 」を付し、誰の発言であるかを略記(保健師 PHN，心理職 CP，インタビューアーINT)した上で、その発言の発話番号(逐語録に付されている番号)も併記した。例えば、「PHN7」は、「保健師による 7 番目の発話」という意味となる。さらに、()内は筆者による補足である。また、発話が長い場合には、重要と考えられる発言に下線 _____， _____， 又は _____ を付した。なお、発言内容を筆者が要約した場合には、冒頭にその根拠となる発話番号を()内に記載した。

4. 保健師へのインタビュー調査結果

(1) 心理職の役割について(調査項目 C)

①心理職が関わっている事業 (INT128-134. PHN128-134)

心理職は養育支援訪問事業以外にも乳幼児健診や発達相談など、必要な事業には全て関わっている。毎週継続的に行う養育者を対象としたオーソドックスなカウンセリングなどについても必要であれば実施することが可能である(図 1.3.1 参照)。

②心理職雇用の経緯と理由

A.養育支援家庭訪問事業のコーディネーターとして期待

INT121-123:「心理職は、養育支援担当を前提に雇用されているとのことですが、(略)」

PHN 123:「2005年度から国が始めた事業で、養育支援家庭訪問事業という名称で、いろいろな職種の人が必要に応じて家庭訪問するのですが、心理職がコーディネートする
と良いのではという話になり、2006年度に心理職を初めて雇いました」

B.深刻な子育て不安や子どもへの虐待への対応、多職種間のコーディネートを期待

INT124:「心理職がコーディネートをすると良いのは、どうしてでしょう」

PHN124:「当時、養育者の(問題)(略)が話題になることが多くて、(略)精神疾患があったり、
何か障害を持っていたり、あとは虐待がちょうどすごく言われている時期で、被虐待
児として育った養育者が子育てしていると、育て方がわからなかったりとか、精神的
に子どものやんちゃに、手の焼き方が違うというか、そういう部分があるあつて、
その辺を得意とするのは心理職かなと(略)、あとはいろいろな職種の人と、専門職との
やりとりも上手にされるかなというイメージがある。(略)この事業についてもらうの
が一番いいかな、この事業をするという名目で雇えると言ったら変ですけど、新しい
事業なので」

C.ずっと心理職の必要性を感じていた

INT126:「(略)心理職も入ったほうが良いと考えられたのは、その前にも心理職が保健センターに関わっておられたということでしょうか」

PHN126:「(略)2003年頃に子どもの健診に出てもらった頃から、すごく必要を感じて、
うちの課はずっと本当に心理職が欲しくて、何かきっかけがあればと考えて
いました。私は、発達相談(事業)などを心理職が担当してくれた方がいいとも考えてい
たのですが、早くに欲しかったので」

③心理職に対するイメージ

A.何かちょっと違う良い面がある

INT226:「他に心理について、何かイメージされるところはありますか」

PHN226:「何かちょっと違う良い面があるなど、(略)どちらかという養育者寄りという
か、養育者の気持ちをより酌んだアドバイスというか・・・」

B.対人関係の築き方、話を引き出そうとする姿勢、アプローチの仕方が勉強になる

PHN226:「<続き>あと、保育園の先生とか、他のスタッフが養育者に、どう声をかけてあげると養育者がリラックスして話をできるようになるかとか、何かその辺の、何ていうんでしょかね、対人関係の築き方というか、その辺の、何ていうんですかね、あの辺、何ていったらいいのかわからないんですけど、分かりますかね。何ていうか、同じことを言うのでも言葉を少し変えてみたりとか、あとは姿勢、教えてあげているという姿勢じゃなくて、お母さんから話を・・・」

INT227:「引き出して？」

PHN227:「引き出そうって。何ていうか、その辺のアプローチの仕方が勉強になる」

C.無意識にやっている養育者との関わり方を明確化してくれる

INT228:「ちょっと違うかなとは思われますか」

PHN228:「うん、違いますね。相手を立てる、立てる、何ていうのでしょうか、ねぎらうというか、すごく相手の気持ちを大事にしたアプローチの仕方をアドバイスしてもらえ
るような気がします」

PHN230:「(略)いろいろな心理職の方と一緒に仕事することが多いんですけど、何となくこっちは、自然にそうやっているだけなんだけども、(略)養育者の例えば、寄り添い方
とかですかね、言葉にして話してくれることが多いなと思っていて、そうすると、こちら
もそれを肝に銘じて、養育者に接しやすいというか・・・」

D.エピソード

PHN231・232:「(略)ある保育園に行ったときなんかにも、保育士さんと養育者の関係がちょとぎくしゃくしていて、(略)例えば、園ではできているのに家では全然できてない
ことがあると、(養育者は)自分のやり方が悪いと言われてる、(保育士が)『そんなこと
ないですよ、園では全然大丈夫ですよ』という言い方をすると、逆に養育者が傷つく
場合もあった。それよりも、(略)お母さんの手柄というか、『お母さん、どういうふう
に工夫しておられるんですか、園で今日こういうことができたんですけど』というふう
な。何かそういうちょっと相手を立てるというか、そういう助言をしてくれたりして、
園と養育者がうまくいったりする事例もあったりとか」「何かそういう(略)うまくいくというケースが割とあって」

以上、「心理職のイメージ」に関する保健師への面接からは、PHN124の_____, PHN226の_____に認められるように、明確に心理職の役割を特定できなかつたり、そのイメージがなかなか言葉で表現しにくい様子も認められた。このことは、インタビュー対象の保健

師が断定的な言葉遣いをあまりしないといった傾向がある可能性と共に、一般的に母子保健領域における心理職の役割が明確化されていないということと関係していると推察される。ともあれ、全体的には保護者との関わり方などについて、他の職種とは良い意味で違う、参考になると感じていることが看取できる。

(2)保健師が困っていること(調査項目D)

(PHN311・PHN312)保健師は人的環境には恵まれているが、事業を進めていく上では、次に挙げるような幾つかの困難を感じていた。

「(略)人間関係、職場の環境はすごく恵まれていて皆が協力し合って、SOSを出せば手伝ってくれるような仲間関係がある。そういう点では、不満はなくてやりやすい職場かな」

「(略)何とか協力し合って、皆でいい町にしたいねという気持ちはある市かなと」

①人手不足にともなう問題

A.対象件数が多い(INT252-256. PHN252-256)

B.人手・時間が足りない(INT285-294. PHN285-294)

C.記録の負担(INT295-299. PHN295-299)

対象件数は増える一方であるが、人手や時間が不足しており、事業にともなう個人記録作成も負担になっている。ただし、心身の調子を崩すスタッフが出るほどの疲弊ではない。

PHN290:「ただもう日々のことをするのが精いっぱい、(略)緊急性が高い人しかできない。(略)」

PHN296:「記録が多い。家庭訪問をすればするだけ自分の首が(略)絞まってしまう」

②他機関との連携に関する問題

A.医師不足 (INT307-310. PHN307-310)

全国的にも問題になっている医師不足については切実である。小児科医と脳神経小児科医に協力してもらっているが、こちらが希望する回数ほどには来てもらえない。

B.連携できる機関の不足 (INT263-275. PHN263-275)

(略)療育機関が欲しい。鳥取県下の発達障害に関するスーパーバイザー的な機関や、(略)知的障害者を対象とした施設はあるが、発達障害に対応できる療育機関が無い。

現在は、県内の大学か療育センターに紹介しているが、療育センターは医師の紹介が必

要な上、3回しか療育の機会がない。その間に、対象児の所属する保育園や幼稚園を巡回し、環境調整や先生へのアドバイス等を行ってはくれるが、(略)ずっと継続してみてくれる機関が無いので、早期発見が出来たとしてもその後の対応が十分だとは言えない状況である。

以上、「保健師が困っていること」に関する保健師への面接からは、対象件数の多さに対する人手不足から生じる時間的な余裕の無さ、その一例として、記録作成の負担が語られた。また、よりよい支援・サービスをと考えると、医師不足や連携できる機関の不足も課題となっていることが明らかにされた。

5. 心理職へのインタビュー調査結果

(1)心理職の役割について(調査項目E)

①母子保健事業の中の各種相談

A.個別相談 (INT145-158. CP145-158)

個別相談は母子保健事業全般が対象である。頻度は多くて2週間に1回、殆どの場合、1か月に1回である。対象は親子のほか、養育者のみの場合もある。子どもの問題のほか、DV問題や嫁姑問題が主訴として多い。最近、来所事例はなく、家庭訪問や電話相談が多い。

B.家庭訪問 (INT164-171. CP164-171)

養育支援訪問事業の一環であり、通常、家庭訪問に行くのは事業で委託している保育士などだが、養育者が精神疾患を抱えていたり、虐待のリスクがあると判断したりする場合は心理職が行く。保健師など他職種と一緒に行く場合もある。

C.電話相談 (INT158-163, CP158-163)

電話相談が占める割合はかなり高く、仕事としては一番滞りがちである。健診で個別相談につなげることが出来ず、あまり問題意識を持っていない養育者を対象とすることが多く、少しでも問題意識を持ってもらうことに時間がかかる。子どもの発達が気になる場合や、育児態度などが気になる場合などに連絡している。

D.巡回相談 (INT093-099.186-201. CP093-098. 185-200)

対象児が所属する幼稚園や保育園への巡回相談は、通常、委託の心理職が行っている。日程の融通が利く状況にあるため助かっている。

②養育支援家庭訪問事業 (INT007-016. CP007-016)(INT164-171. CP164-171)

心理職は、養育支援訪問事業担当で、通常は栄養士、委託の保育士、助産師など、他のスタッフが行う家庭訪問のスーパーバイザー的な位置づけにある。養育者が精神疾患を抱えていたり、虐待のリスクがあると判断したりする場合は心理職が訪問する。保健師など他職種と一緒に行く場合もある。

生後4ヶ月までの「新生児全戸家庭訪問(こんにちは赤ちゃん事業)」は、各戸1回限りと決まっているので、それ以上必要な場合は、養育支援家庭訪問事業として行う。事業のマネジメントや、記録の確認、整理などが主な仕事である。

③特に家庭訪問について

A.家庭訪問と心理療法との違い

INT040 041:「家庭訪問は、学生時代に習ったいわゆる心理療法そのものではないだろうと思います。その辺り、どうアレンジや区別をしながら関わっておられますか」

CP 041:「訪問に行くと、お母さんにとって実りになるものを置いて帰ってあげないといけないと、具体的なアドバイスをすることがとても増えたなど感じています。大学院のときには習わなかったのですが、こちらで発達障害の子どもさんに対するペアレント・トレーニングを見させていただき、応用行動分析学(註3)を(略)取り入れながら、(略)子どもの行動をお母さんと話し合い、アドバイスをすることが増えたと思います」

INT042:「なるほど。そうすると、お母さんの反応はどうですか」

CP 042:「エネルギーがある方の場合、『じゃあ、やってみようかな』というところにつながるけれども、『もう、やったってダメだ』と思っておられる方には、(略)ちょっとアプローチを変えたり(略)。お話をひたすら聞くという方も(略)。親御さんやおうちの様子によってアプローチを変える」

B.家庭訪問における心理的アセスメントとアプローチ

INT043・044:「<①の続き>「家族関係とか、家族力動なども見立てた上でアドバイスしている(略)」

CP 044:「そうですね、はい」

INT045:「家庭訪問で、いわゆる心理療法に近いようなアプローチが必要と思われた場合

というのは、どんなふうにされていますか」

CP045:「(略)訪問に行った1回すべてを丸々、いわゆる心理療法的なアプローチではなくて。長いと2時間ぐらいかかってしまうときもあるんです」

INT046:「2時間、1人で」

CP 046:「半分くらい子どもさんとの遊びに時間を割いてしまうこともある。アドバイスのなこともしながら、(略)いわゆる心理療法的なところも、というところかなとは思いますが。医療が必要な場合は、クリニックなどを御紹介して、(略)」

INT047・048:「おうちに行くというだけでも、従来の枠(註4)とは違うわけですよ。しかも2時間でというのは、あなたの中ではどうですか」

CP 048:「そんなに抵抗はないんです。もちろん、いわゆる心理療法的な枠で護られることによってできることはとてもあるので、初めは重たい話を家庭の中に持ち込んでしまっていていいのだろうかとすごく思ったんですけど。(略)いわゆる心理療法的な深い話になることの方が少ない。枠の問題なのか、私が避けていることも、もしかしたらあるかもしれないんですけど。それに見合ったような形でスタイルを変えながら、というあたりはあるかな。その必要性もあったので、割とそんなに抵抗なく、なじめたような気はしますね」

INT050:「じゃあ、思い切り深みにはまるような感じというのもあまりない」

CP 050:「そうですね」

INT051:「見立てでは無意識(註5)レベルまで感じつつ、そこにあえて触れないで関わり方の深さを変えるとといったことは、自然とやれていた感じですか」

CP 051:「そうですね」

INT052・053:「(略)多くて2週間に1回。2週間の間が空く(註6)というのは、親御さんへの影響ってどうなのでしょう」

CP 053・054:「影響、今、どういう質問されているのでしょうか」

INT055:「(略)いわゆる心理療法的なアプローチで無意識レベルのところに触れていて、2週間あくということ、それが家庭の中で行われる場合に、ある種のアクティング・アウト(註7)、いつもと違う行動やアクシデントが起こる等、そういうふうなことは特にありませんか」

CP 055:「そうですね、多分1回の訪問の(アプローチの)レベルによるのだと思うんですけど、あまり深い話はせずに帰ってくるように、多分、しているのだと思うんです。日

常生活にそんなに支障がないようにというか(略)」

CP056・057:「(略)場合によっては、体調を崩されたり、気持ちが沈んでしまったりする方も、やっぱりおられます。保健センターの場合は無料なので、電話が途中でかかってくることは、やっぱりありますね」「先方から訪問してほしいという形の行動化が一番多いかもしれないですね」

(INT058-061, CP058-060)そういうときには、元々の約束より早い時期でも訪問する。

CP 061:「(略)頭の中にあるのは、子どもさんの命なので。親御さんが、例えば全然料理もできないし、御飯もつくれなくて、本当にしんどくて涙に明け暮れていると言われると、子どもは果たしてどうしているのだろうか、やっぱり確認のためにおうちに行く」

④他職種とのコラボレーション

A.母子手帳発行に関わることから分かること (INT068-082. CP068-082)

他のスタッフと同様に窓口業務にも当たり、母子手帳を発行することもある。この母子手帳発行の際にも、心理職として気がつくことがある。リストカットの跡があったり、夫婦関係の問題があったり。上の子どもとの関係などもよくわかるので、後の赤ちゃん訪問に活かしたり、過去の記録をもとに支援につなげていったりする契機になることもある。

B.守秘義務と情報の共有については困ったことの1つ

INT062-064:「疲れ果てませんか。1回の訪問で、2時間も親子と関わって」

CP 062-064:「そんなに」「ただ、(略)話は聞いてもらいます。それも、困ったことの一つだったんですけど。ケースについて、どこまで、どういう形で伝えておくべきなのか、自分で抱えておいていいのか、記録はどうしようか、というのはすごく迷いましたね」

INT065:「確かに、違う分野のスタッフにどの程度伝えるのかは迷うところですよ」

CP065:「見立てを自分の中にとどめておくのか、文書化してしまうのかとか。守秘義務については、どこまでの枠で守るべきなのかというあたりは、すごく最初は悩んだんですけど、やっぱり共有しておくことの方がここでは大事だと思った。一緒に動くスタッフだけでなく、すごく大事なことは係長に報告するとか、情報を共有する。その辺が、もしかしたら自分の気持ちのうえでも、ちょっと楽になっているのかな」

INT066:「保健センター全体が、守秘義務を負っている機関ですよ」

C.あまり心理色を出さないように控えている

INT172:「心理ならではの仕事という部分について感じていること、アレンジしていることとか、ジレンマがあるとか、何かそういうことはありますか」

CP172:『『こういう形じゃないといけない』という意識が薄い。(略)『必要があればどこでも行きますよ、何でもしますよ』というスタイルじゃないと、ちょっとやっていかれないので、あまり『心理はこうですよ』というアピールもやめておこうかなというところがある」

D.どこまで専門性を出して良いのか、様子をみながらやっている

<③の続き>

INT173:「控えている」

CP173:「はい。ですので、様子をみながら、どこまで出していいかなと思いつつやっているのです。健診後のカンファレンスは、方針を決める検討会なので、どのように見立てて、次の適切なフォローにつなげていくかについては、保健師さんだけの見立てじゃなくて、心理からの見立ても出していいかなと。それも初めのほうは、どこまで口を出していいのだろうと思っていたのですが、積極的に発言しても、そんなに雰囲気も悪くならないということがだんだんとわかってきたので、割と積極的に発言をしたりしています。やっぱり視点が違うと感ずるところがある。そこは、心理としての専門性を出しているわけではないかもしれないですけど、いわゆる見立ての段階では心理の専門性が少しは活かされているんじゃないかなとは思っています」

(INT176-179. CP176-180)

筆者が見学した5歳児発達相談では、「カリスマ保育士」と呼ばれる、事業で委託している保育士が発達相談を行い、その側で心理職がメモをとっていたため、役割分担について尋ねた。

CP179:「(記録は)特に心理がやらないといけない仕事ではないんですが、(委託スタッフの場合は、)記録を後で作成していただくので、拘束時間が長くなってしま(略)。また、親御さんの中には、何となく興奮状態で話を聞いていて、結局何だったかわからない、という方も結構おられるので、要点をまとめたものを親御さんに持って帰ってもらうためにも、手のあいているスタッフが話の要点を書き上げてお渡ししています。です

から、私は相談に入るといよりも、ちょっとサポートという感じですね」

また、この時はたまたま保育士が相談にのっているが、相談内容によっては心理職や他機関の発達支援員が対応したり、複数の相談員に相談したり養育者もいるとのことであった。

さらに、心理職が在職しているにもかかわらず、必ずしも心理職が相談にのらないシステムは、一般的ではないかも知れないが、この点については考察で述べる。

以上、「心理職について」に関する心理職への面接からは、常勤に近いたちの雇用であるからこそ様々な事業にかかわれることが理解できた一方で、母子保健領域における心理職ならではの戸惑いや工夫などが示されていた。

(2) 心理職が困っていること(調査項目 F)

①母子保健領域における心理職の役割に関する問題

A.心理職のモデルがなく、調べる手だてさえも無い

INT252:「特に今、困っていることは、アンケートに記載されている以外にはありますか」

CP252:「母子保健領域で働く心理職が、どういうものをイメージできるものがない」

CP253:「(略)どう動いたらいいかを全部自分で決めないといけない。(保健センターで)決められたものに則ってではあるんですけど、どこまですればいいのか、どういう部分でもっと入っていくことができるのか、というモデルがないということが一番困ることだなって思っています。本や冊子を見ようと思っても、何を手にしたらいいのか分からない」

CP254:「わからないので、他の市町村などの動向を参考にするしかないんですけど。(略)心理職は、誰にどう確認すればいいのかもわからない。ここでは私がやっていることを、他では保健師さんがやっておられたりするのです、そういうあたりは困りますよね」

B.研究会が無く、指導者もいない(INT242-250, CP242-250)

保健センターの心理職として困っていることには、研究会や指導者の不足が挙げられる。

発達障害に関する研究会は沢山あるが、母子保健領域の心理職の研究会などは皆無である。

C.専門性の活用方法や評価が分からないし、発表をして良いものか躊躇する(INT228-236)

CP223-235)

INT228:「アンケートでは、自分の専門性の活用方法について困っていると書かれていますが」

CP228:「『これでいいのかな』って思いながら、いつもやっているの。評価したり、だれかに聞くこともできないですし(略)」

CP231: (学会等での発表経験はない。)「発表をした方がいいのかなという気持ち(もあるが), (略)公的な資料をどこまで出していいのかという関門を考えるとちょっと難しい」

CP232:「何が難しいかという、上司にどういうふうに理解を仰いだらいいのかということ。あまりたくさん動いてしまって、心証を悪くするんじゃないだろうかと考えると」

②知識不足

知識不足;母子保健事業,妊娠,発達障害,市役所のシステム,法的根拠 (INT227-228.

CP227-228, INT 246-249, CP246-249)

母子保健事業に関する知識不足,市役所のシステム,法に則って事業をするという観点など,分からないことが多く,いつも聞かなければならない。

INT246:「学生時代に母子保健を習う機会が,まず,無いですもんね」

CP246:「そうですね。児童学科の友達が妊娠のことなどを勉強しており,(略)聞いていた知識なども,使ってみたりしました」

CP247:「保健師さんが本も貸してくださったりするので(略)」

INT248:「じゃあ,就職してから,また新たな知識をかなり吸収する必要があった」

CP248-249:「そうですね,はい。発達障害も知識がほとんどなかったので」

③対象件数の多さ (INT239-241. CP239-241)

市内の親子全員が対象と考えると,とても件数は多い。気になっていても,事業枠の問題や先方が望んでいない場合などもあり,なかなか思うようにいかない。(略)まず電話をするが,なかなか繋がらなかったり,繋がっても時間がかかったりと,難しいなど感じる。

(3) その他,今後の展望など(調査項目G)

①将来心理職が関わると良いと考えている事業 (INT204-208. CP204-208)

将来関わった方が良いと考えているのは,両親学級と幼児学級(図 1.3.1 参照)。現在は,

保健師と助産師が中心になっており、妊娠や子育ての知識はじゅうぶんに提供されているが、メンタル面については不足しているかも知れない。例えば、弟や妹ができたときの上の子どもの気持ち、赤ちゃん返りの話なども良いのではと考えたりしている。現実的には、手一杯ではあるが…。現在の幼児学級では、1クール6回のうち2回を心理職が担当している。言葉や発達についてと、しかり方とほめ方について。現在はこれで手一杯と感じている。

ここでは、筆者の経験をもとにした具体案を紹介し、心理職もそれに触発され経験談を話すなど、情報交換として有効な会話が展開したが、紙面の都合で割愛する。

②事業の立ち上げと雇用形態，自身のスキルアップ（INT257-278，CP257-278）

無料であることを活かして、経済的な問題で医療機関にかかることを躊躇している親子のためのグループなどが出来ると良いのではと考えている。発達障害に関する親子のグループや育児ストレスに重点をおいたグループなどである。

ただ、一事業を立ち上げるには、企画書作成や予算確保、稟議書作成など、相当の段取りと手続き、時間を要するため、現在の雇用形態では限界を感じている。

CP264・265：(学会や研究会参加の費用捻出にも苦慮している。)「新しい事業の立ち上げよりも、自分をもう少し補てんするとか。もうちょっとスキルアップした関わりができるようになる方が先のような気がして、今はどっちかというところ、そちらの方を考えた」

以上、「その他、今後の展望など」に関する心理職への面接からは、未だ心理職が関わっていない事業内容への参加意欲が語られたものの、雇用形態などとの関係もあり、まずは自身のスキルアップを目指したいとの思いが語られた。

6.考察

(1) 母子保健領域における子育て・子育て支援の可能性と心理職

まず、インタビュー調査を通して、保健師は人手不足や連携できる機関の不足など、資源の不足を問題視している、一方、心理職は、自らの役割についての戸惑いや迷いも大きく、ここから母子保健事業は様々な工夫が必要とされる領域であることが確認できる。

頭川・安田・御子柴・嶋澤・坂本・俵・北山(2003)が、学士課程を卒業した新任保健師を対象に行った調査結果においても、母子保健は「学生時代にもっと学んでおけば良かった」「実践上戸惑った」領域としてあげられている。

また、調査項目 F の心理職が困っていることとして述べている CP252 : 「母子保健領域で働く心理職が、どういうものかをイメージできるものがない」、CP253 : 「本や冊子を見ようと思っても、何を手にしたらいいのか分からない」といった状態や専門性の活用方法への戸惑いなどについては、約 20 年前に筆者が母子保健領域に関わるようになった頃の知見と変わっていないこと(瀬々倉.2002b)も再確認できる。

これは、既述したように母子保健領域の役割が、1965 年に母子保健法が制定された頃から大きく変化している(1994 年に改訂)ことも影響していると考えられる。見方を変えれば、母子保健領域は今後の工夫の余地とともに、多大な可能性を秘めた現場でもある。

次に、心理職の雇用形態についても課題があることが確認できる。インタビュー対象の心理職は、月に 17 日間勤務の非常勤嘱託職員である。職場では心理職の意義が比較的理解され、他職種からも期待・信頼されている様子がうかがえ、母子保健領域における心理職としては恵まれている方だといえるだろう。そのことを当該心理職はよく自覚しており、他職種とのコラボレーションを大切にするために、自らの行動や発言についても細心の注意を払っていることが理解できる。

しかしながら、研修や研鑽を積むための費用の捻出が難しいという現実には、心理職にとっては非常に厳しい状況だといわざるを得ない。例えば、現在の心理職の資格として代表的な臨床心理士(註 8)や臨床発達心理士(註 9)などを取得するためには、大学院の修士課程を修了したうえで、各資格所定の研修を積み、資格試験を受験する必要がある。しかも、資格を取得した後も、それを維持するためには所定の研修を複数受けることが義務づけられており、受講費用に加えて長距離の交通費や宿泊費が必要になる場合が少なくない。母子保健領域における子育て・子育て支援の充実化には、心理職の質を担保することが欠かせず、雇用形態には改善の余地がある。なお、心理職の資格取得や維持に必要なポイントは取得できないものの、鳥取県の場合は、発達障害に関する研究会などは多く開催されているとのことである。

また、調査項目 C の保健師に対する心理職のイメージに関するインタビューでは、心理職への肯定的なイメージは強く表現されているものの、PHN124 の _____ の部分、「(略) その辺を得意とするのは心理職かなと(略)。「いろいろな職種の人と、専門職とのやりと

りも上手にされるかな (略)。「(略)この事業についてもらうのが一番いいかな。」や、PHN226の部分、「何かその辺の、何ていうんでしょうかね」,「その辺の、何ていうんですかね、あの辺、何ていったらいいのかわからないんですけど、わかりますかね。何ていうか」などに認められるように、なかなか言葉で具体的には表現しにくい様子が認められる。他の項目において、調査対象の保健師がこれほど表現しにくそうな様子を見せることはなかったことから、母子保健領域における心理職の役割モデルが構築されていないことが一因ではないかと推測できる。

さらに、調査項目Eの心理職の役割及び調査項目Fの心理職が困っていることで見られたように、人的環境には恵まれているにもかかわらず、母子保健領域における心理職独特の困難が述べられている。このことから、心理職のみによる援助とは異なる可能性を秘めた母子保健という現場における心理的アプローチのモデルや理論構築が急がれる。

(2)母子保健領域における心理アセスメントとアプローチ

心理職へのインタビューによると、X市保健センターでは、相談対象者の子どもに必ずしも発達検査を実施していないとのことであった。母子保健事業に関わる心理職の中心的役割が発達検査の実施であったという歴史からすると、特異なことである。もっとも、資料として提供された健診の申し込み用のアンケートは、発達障害の大まかなスクリーニングの役割をもっており、また、筆者が見学した際には、脳神経小児科医が遠城寺式テストの一部を実施しているなど、全く発達検査をしていないということではないようであった。また、表 1.3.1にあるように、それぞれの相談事業には、保健センター以外の専門機関のスタッフが協力しており、発達検査以上の役割を果たしていると考えられる。

しかしながら、例えば津守・稲毛式乳幼児精神発達診断(津守・稲毛,1961)や KIDS などの質問紙を養育者や幼稚園教諭・保育士らに尋ねながら行うことは、養育者らに子どもと関わる視点を提供することにもなり、さらには、発達のバランスを確認したうえで、より具体的なサポートを行うためにも有効である。もっとも、時間や部屋の構造設定という面からは、K式発達検査など、実際に子どもにやってもらう必要のある発達検査の実施は難しいかも知れない。

ここで改めて、母子保健事業の役割の変遷にともなって考える必要が出てきた、子育て・子育て支援という枠組みと心理アセスメント及びアプローチについて言及したい。心理職へのインタビュー調査、INT043-061、CP043-061の対話において、インタビュアーが行

った語りかけは、以下のようなことが前提となっている。心理臨床において、援助対象者（カウンセリングや心理療法においてはクライアント）のアセスメントの必要性は当然のこととされている。母子保健事業でいえば、その対象は長らく乳幼児のみであり、アセスメントとしては発達検査による発達指数を指標として、発達支援、言い方を変えれば子育て支援が行われてきた。一方、子育て支援の必要性が広く認められてきた現在、母子保健事業におけるアセスメントの対象は、乳幼児のみでなく養育者、さらに親子の関係性となってきている。

特に、子育て不安や子どもへの虐待の予防・対応を行う上で、養育者に対するアセスメント(見立て)は重要である。この、養育者のアセスメントとアプローチについて、従来の心理療法と保健センターにおける支援とは異なっており、これについては、第3章第1節において論じる。

さらに、調査項目Eの心理職の役割について、発達相談を保育士が担当し、心理職はそのサポートとしてメモをとっていることについて、インタビュアー(筆者)が事情を尋ねている (INT176-179. CP176-180)。一般的には発達相談は心理職の仕事と考えられるが、この保育士は市内で唯一の知的及び発達障害児のための通園・入所施設の園長を長年勤めた後、定年後も市の依頼で保健センターとは別に巡回相談をしており、X市の発達障害児支援に関するパイオニア的な存在である。心理職は新任の頃、この保育士に発達障害などについても多くを教えられたとのことであり、各保健センターの状況に合わせて、自らの動き方を考えるのも心理職として必要なことであると考えられる。これについては、第3章第2節において、「援助環境の心理アセスメント」として論じる。

(3) 2001年度全国調査結果との比較

まず、保健師の心理職に対するイメージ、認識については、2001年度調査の結果と、事前のアンケート調査を含めて今回のインタビュー調査結果とは、概ね一致している。

次に、2001年度調査では、保健センターに関わっている心理職の殆どが、年に数回の雇い上げを含んだ非常勤職であり、関わっている業務も母子保健事業のうちスクリーニングに関するものが殆どである。これに対して、今回の調査のX市保健センターでは、心理職がほぼ常勤に近い形態で勤務しており、スクリーニングやアセスメントのみに従事しているわけではない。従って、全国的に見ても、心理職を積極的に雇用し、その意義もよく理解している保健センターであるといつてよい。

また、2001年度調査では、大半の保健師は母子保健領域に関して心理職と共に仕事をした経験が無く、心理職との協働経験のある保健師ほど、心理職への期待は大きいという結果を得ている。調査項目Cの保健師が期待する心理職の役割においても、ずっと心理職の必要性を感じていたと語られた PHN126 の内容は、2001年度調査の結果を支持するものである。

この点について、保健師の彦根(2010)は、多数の心理職と協働した経験から、以下のよう具体的な期待を述べている。①乳幼児健診における子どもの発達や親子の関係性への見立て・支援、②子どもへの虐待事例に対する見立て・支援と、保健師への助言、③保育所との連携や母親グループ運営に際して、保健師や保育士等への助言とサポート、④母親グループでのファシリテーター、⑤実際に事例と関わる保健師への心理的支援である。これらからは、今回の調査では見られない、スタッフのサポートへの期待も認められる。

2001年度調査では、心理職の有無によって、保健師が困っている事柄に違いが認められる項目と認められない項目とがある。Mann-Whitney のU検定を用いた漸近有意確率で有意差が確認された項目としては、「対象件数の多さ」の項目と、「深刻な事例の多さ」の項目である。共に心理職が在職している方が、心理職不在の保健師より困っているという結果であり、直感的な感覚と反する結果になっている。今回のアンケートによる事前調査でも共に最高点で困っているになっている。課題への意識が高い保健センターほど、心理職を雇っているとも理解できるが、心理職が関わっている方が課題が顕在化しやすいともいえる。

また、心理職が困っている事柄について、2001年度調査の結果と今回のインタビュー結果を比較すると、次のようなことが指摘できる。2001年度の調査では、「心理職のうち若手で学生時代に主として臨床心理学を学んだ者が、『子どもの発達に関する知識不足』『子どもへの虐待の対応方法』『自分の専門性の活用方法』などについて、特に困っている状態にある」という結果が得られている。2001年度調査の結果は、今回の調査対象である心理職にもそのまま当てはまっている。調査項目Fの心理職が困っていることで、心理職が述べている具体的な発言からは、より一層、その切実さがうかがえる。

今回の調査対象である保健師・心理職は、心理職を積極的に雇用し活用している保健センターに所属しており、両者の協働が比較的うまくいっている状況であるが、それでもなお、この心理職が様々な困難やジレンマを抱えていたという結果は、いかに母子保健領域における心理職の役割モデルが乏しく、個々人が苦心して実践せざるを得ない状況である

かを示しているといえる。

(4) 母子保健事業のシステム面に関する検討

調査項目Dの保健師の悩みに関する対話4-(2)-①にみられるように、X市保健センターの保健師たちは、対象件数が多いにもかかわらず人手不足で、「首が絞まってしまう」といった思いをしてはいるものの、心身の調子を崩すほどではないという。一方、筆者が知る例では、非常に熱心な保健センターで、保健師たちは心理職らと共に様々な援助の試みや学会発表などを行っていたものの、人手不足や負担の増加などの影響からか、不調に陥ったり、退職を申し出たりする事態が複数出た保健センターもある。この違いはどこにあるのだろうか。

以下では、X市保健センターと、筆者が知るある時点でのY保健センターとを母子保健事業のシステム面から比較検討を試みる。もちろん、両保健センターを比較して優劣を決めようとするような意図は全くない。自治体の規模や時期の違いなどがあり、単純に比較できるものではないが、システム面の違いを明らかにすることは、今後の母子保健領域にとって意義がある。これも先に述べた「援助環境のアセスメント」の1つであるといえる。

Y保健センターの母子保健事業における「子育て・子育て支援」の水準は、2001年度全国調査の結果と比較した場合、心理職の人数や多職種間の協働、その取り組みのあり方という面から見ても、十分高い水準にあると思われるが、その援助システムの維持や他機関との連携については、各スタッフが苦心している状況にある(中井・小土井・徳永・瀬々倉.2006)。

まず、それぞれの保健センターが属する県のホームページを比較すると、鳥取県の場合は、直ぐに「子育て支援総室」というページに至るが、Y県の場合は「子育て」を検索しないと関連ページにたどり着けないなど、県としての子育て支援への注力の程度にも差が認められる。

次に、相談システムとそのスタッフに大きな違いがある。図 1.3.2 は、Y保健センターの相談システム図(瀬々倉.2000)であるが、二重線で囲った親子相談に関わっているスタッフは、8名の常勤の保健師と、3名の委託の心理職、1名の委託の保育士である。保健師は、全員が他の事業との兼任である。心理職と保育士の中には、他に専任で所属している機関のある者も含まれるが、特にY保健センターとの連携関係があるわけではない。この

状況下で、ともかく Y 保健センター内の援助をいかに充実化させるかについては、スタッフ一同懸命に努力を続けている。

これに対して、X 市保健センターの場合は、既述したとおり、母子保健専任の保健師が 7 名おり、さらに乳幼児健診などの際は、他の担当保健師の手助けが得られる。また、表 1.3.1 からも分かるように、発達相談、巡回相談、個別相談からなる発達支援事業については、外部機関との連携による運営委員会や各専門部会を設置しており、それぞれの連携機関からスタッフがいわば、保健センターへのアウトリーチとして出向いていることから、必要に応じて所属機関への紹介が可能である。なお、この点、調査項目 D の保健師が困っていることとして、連携機関の不足について語られている (INT263-275. PHN263-275) が、複数の保健センターの事情を知る筆者としては、X 市が恵まれていると言わざるを得ない。

また、調査項目 A に示すように、X 市保健センターでは、対象児が所属する幼稚園や保育園への巡回相談を行っていることや、保健センターへの来所相談には、それぞれの園の先生が同席するなど、幼稚園・保育園と保健センター間の双方向の関わりがシステムが成立している (INT181-201. CP181-200)。これに対して、Y 保健センターでは、巡回相談を行うことは事業ごとの雇い上げという心理職の契約上も難しく、来所相談に対象児が所属する幼稚園・保育園の先生が同席することも稀であり、外部機関との連携システムは成立していない。

さらに、X 市保健センターの場合は、同市内の子ども未来課との連携関係がシステム化されているが (INT312-321. PHN312-321)、Y 保健センターの場合は、同じ自治体内の他の課との連携もとることが難しい状況にある。

以上の比較からも、X 市保健センターの場合は、システムとして孤軍奮闘する必要のない仕組みが創り上げられており、また、そうしたシステムを創り上げることが可能な状況にあるといえるだろう。子育て・子育て支援という枠組みの中で、地域全体がうまく機能しているように見受けられる。

また、心理職の雇用形態について述べたこととも関連するが、労働条件は別として、心理職がほぼ常駐している状態か、1 回ごとの事業における雇い上げか、いわゆる非常勤であるかによって、実施できる援助は大きく変わってくる。その具体例として、今回の調査対象の心理職は、養育支援家庭訪問事業の担当者として雇用されており、家庭訪問が大前提であるため、「来所による相談は最近殆ど無く、訪問か電話相談が大半である」

と述べている(調査項目 E : INT145-158. CP145-158)。この来所できない状況の親子、来所するほどのモチベーションがないが支援の必要がある親子こそ援助に急を要する場合があり、家庭訪問というのは非常に有効な方法である。

しかしながら、心理職が事業毎の雇い上げや非常勤では非常に厳しい条件にさらされることになる。例えば、Y 保健センターの非常勤の心理職が半日契約で、3 件の来所相談を行っているのに対して、契約時間内に家庭訪問を行おうとすれば、往復の時間が必要となるため、通常より少ない 2 件か 1 件しか対応ができない可能性が高くなる。多くの場合、事業の評価は数値化できるものによってなされるため、効率が悪いと行政側から指導を受けてしまう場合もあり、そうそう気軽には家庭訪問できないということになる。

以上、検討してきたように、母子保健事業を充実化し、高い質を維持するためには、雇用関係も含めて、個々人の努力のみではまかないきれないシステム上の問題がある。こうしたシステム面からも母子保健事業を検討・整備することが急務である。

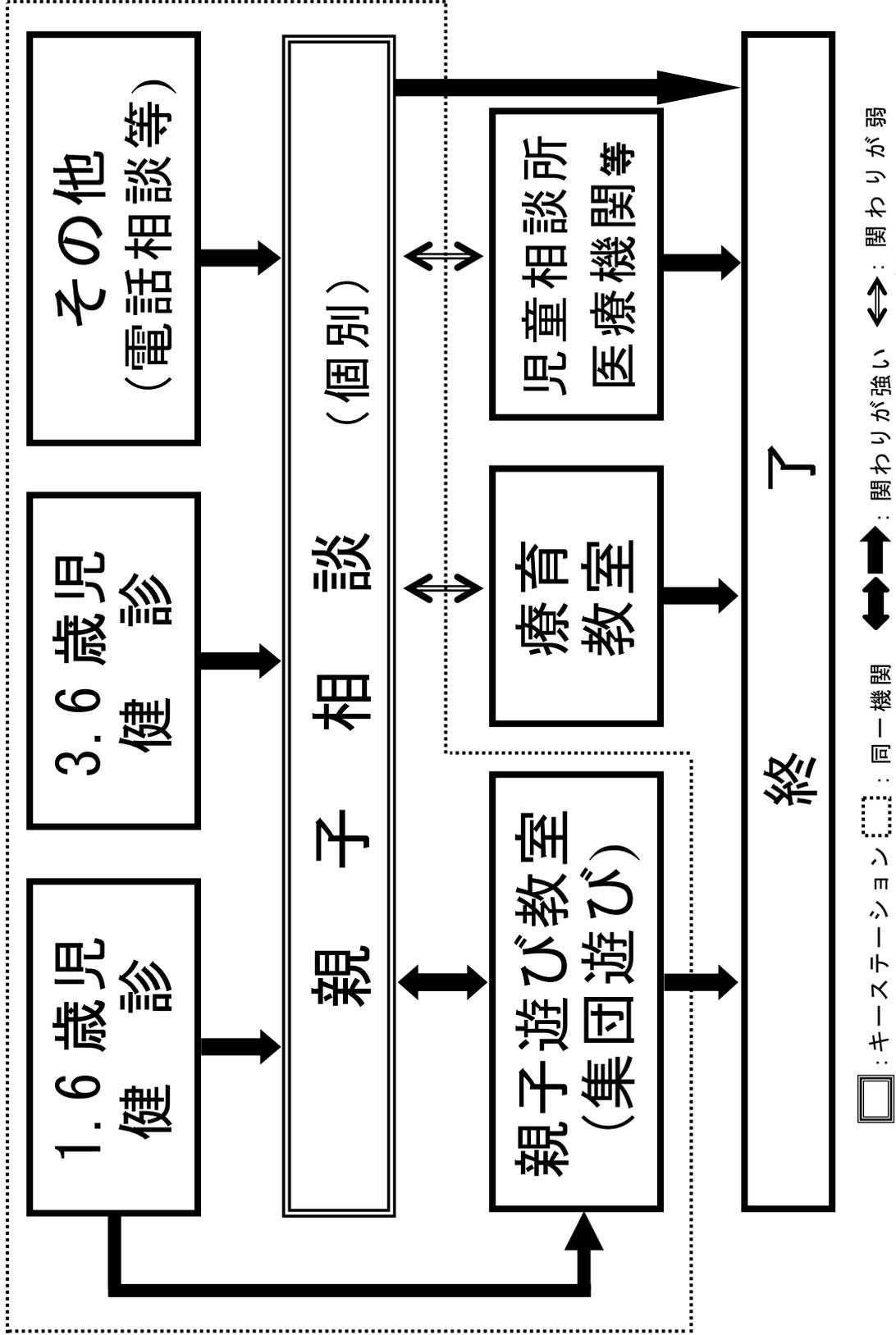


図 1.3.2 Y 保健センターにおける子育て支援 (瀬々倉・2000-R)

7. 結論

本稿では、母子保健領域における心理職の役割に関する研究の一環として、2001年度実施の全国調査の結果と現状とを比較するという目的に加え、2011年度に実施を予定していた大規模調査の事前準備に必要な情報を得るための母子保健領域に関わる心理職間の情報交換と交流とを目的に、X市保健センターを訪問し、事業の見学、及び保健師・心理職を対象としたインタビュー調査を実施した。

まず、調査結果から、以下の3点が明らかになった。①子育て・子育て支援という新しい枠組みにおける母子保健領域は、人手不足に伴う問題、他機関との連携に関する問題、心理職の役割に関する問題など、保健師・心理職いずれにとっても課題が山積している一方で、多職種によるコラボレートによる援助が可能であること、親子に最早期から関わること、家庭訪問が可能であることなど、心理職のみで行う援助とは異なる可能性を秘めている。②母子保健領域における心理職は、保健師からの期待が高く、肯定的なイメージをもたれてはいるものの、その役割モデルや保健師等とのコラボレートによる援助モデルが具体的な形で構築されていない。③以上の2点から、心理職は自らの専門性の活用について、様々な困難を感じており、心理職の役割モデルと多職種のコラボレートによる援助モデルの構築が急がれる。これら3点の内容にもなって、雇用形態の問題にも言及した。

次に、X市保健センターの心理職と、インタビュアー(筆者)との対話を通して、母子保健領域ならではの心理アセスメントとアプローチのあり方について、①援助対象のアセスメント、②援助環境のアセスメントという観点を用いて考察した。

また、先の2001年度の全国調査結果と今回のインタビュー調査結果とを比較検討し、概ね一致することを確認した。

さらに、X市保健センターと、Y保健センターとを母子保健事業のシステム面から比較検討し、個々人の努力だけでは補えきれないシステム面からの整備の必要性についても検討した。

最後に、母子保健領域における子育て・子育て支援は、関係者の創意工夫や苦心で意味ある展開を見せつつあるものの、未だ課題を抱えている。その一方で、最早期に親子に関わることが出来るシステムが既に出来上がっていることから、心理的なアプローチがうまく機能すれば、多大な可能性を秘めている領域でもある。

附記

本節のインタビュー内容については、調査対象の保健師及び心理職に許可を得て掲載している。

註

- 異なる分野の心理学：特定の資格の重要性について強調するものではない。
- 転移現象：心理療法場面において、クライアントにとって重要な意味を持つ過去の人物へ向けていた特定の感情を、カウンセラーにそのまま向けること。詳細は、第2章第1節を参照のこと。
- 応用行動分析学：スキナー（Skinner, BF.）によって創始された、実験室において厳格に統制された環境下で行われてきた実験的行動分析による知見を日常場面における人間行動の理解とその変容に用いる領域。オペラント条件づけが分析の基礎となる。（日本LD学会、2011）
- 枠：心理療法やカウンセリングにおける枠組み。一般的には、1週間に1回の頻度で、毎回約1時間、決まった場所に来所してもらう。
- 無意識：第2章第1節を参照のこと。
- 2週間の間が空くこと：通常のカウンセリングの頻度は1週間に1回である。カウンセリングの中で心理的な作業を行っている場合に、長い期間が空いてしまうと、被援助者が不安をもちこたえられなくなる場合があり、時に(註7)のような、アクティング・アウトとして表現される場合がある。
- アクティング・アウト：行動化。本来であれば、面接内で言葉によって表現されるべき記憶や態度、葛藤などが、面接外で行動として表現されること。
- 臨床心理士：財団法人日本臨床心理士資格認定協会ホームページ参照 <http://www.fjcbcp.or.jp/>
- 臨床発達心理士：一般社団法人臨床発達心理士認定運営機構ホームページ参照 <http://www.jocdp.jp/kiko/index.html>

文献

- 遠城寺宗徳・合屋長英(1958)遠城寺式乳幼児分析的発達診断検査法. 慶應義塾大学出版会
- 彦根倫子(2010)これからの子ども・子育て支援における保健師活動と臨床心理士への期待. 子育て支援と心理臨床 vol.1. 福村出版. Pp.30-37
- 生沢雅夫(1998)新版K式発達検査法－発達検査の考え方と使い方. ナカニシヤ出版
- 頭川典子・安田貴恵子・御子柴裕子・嶋澤順子・坂本ちより・俵麻紀・北山三津子(2003) 学士課程卒業後の保健師が新任期に感じる困難と対処状況. 長野県看護大学紀要. 第5巻. Pp. 31-40
- 加藤道代(2004)保健センターにおける子育て支援－発達相談・心理相談の立場から－. 地域における育児サポートと育児行動のインターフェースに関する研究. 平成13年度～15年度科学研究費補助金研究成果報告書. Pp.142-151
- 三宅和夫(1991)KIDS(キッズ) 幼児発達スケール. 発達科学研究教育センター
- 中井歩・小土井直美・徳永正直・瀬々倉玉奈(2006)子育て支援の諸相(4)子育て支援・子育て

- ち支援に関わる専門領域の協働をめぐる論考. 大阪樟蔭女子大学人間科学研究紀要. 第5号. Pp.187-201
- 日本LD学会編(2011)LD・ADHD等関連用語集. 第3版. 日本文化科学社
- 小野良子(2004)保健センターでの子育て支援(特集:子育て支援).臨床心理学 4(5). 金剛出版. Pp.591-595
- 佐田久真貴(2010)保健センターにおける親子教室の有効性についてー最前線で母子保健活動を担う保健師と臨床心理士の連携ー. 小児の精神と神経. 50(3). 日本小児精神神経学会. Pp.303-314,
- 瀬々倉玉奈(1996)臨床心理学的観点に立った援助法に関するー考察ー心理療法の特殊性とそれにともなう危うさを中心にー. 奈良女子大学研究年報. 40号. Pp.143-156
- 瀬々倉玉奈(2000)援助側をアセスメントするという試案(1)ー連携スタッフとの対話から生まれる援助の可能性と限界ー. 京都国際社会福祉センター紀要発達・療育研究. 第16号. Pp.27-41
- 瀬々倉玉奈(2002a)地域での子育て・子育て支援ー保健センターにおける心理職の役割に関する実態調査報告ー. 日本小児保健学会49回大会プログラム講演集. Pp.124-125
- 瀬々倉玉奈(2002b)内地留学体験記:地域における子育て・子育て支援についての模索. News Letter. 第35号. 日本発達心理学会. Pp.11-12
- 瀬々倉玉奈(2004)「子育て不安」に関わる三者の「現実」ー保健センターにおける「子育て・子育て支援」現場からー. 現代のエスプリ. 第449号. 至文堂. Pp.89-99
- 瀬々倉玉奈(2005)子育て支援の諸相(2)「子育て・子育て支援」と理想の家族・親イメージ. 大阪樟蔭女子大学人間科学研究紀要. 第4号. 大阪樟蔭女子大学学術研究会. Pp.19-26
- Sesekura, T. (2004)Support for children and parents at Maternal and Child Health Service. エデュケア. 24号. 大阪教育大学幼児教育学研究室. Pp.1-11
- 瀬々倉玉奈(2010)母子保健領域における心理職の役割に関する全国調査. 大阪樟蔭女子大学人間科学研究紀要. 第9号. 大阪樟蔭女子大学学術研究会. Pp.247-260
- 高野陽・柳川洋・加藤忠明(2008)母子保健マニュアル第6版.南山堂
- 鳥取県子育て支援総室ホームページ.<http://www.pref.tottori.lg.jp/dd.aspx?menuId=80854>
- 津守真・稲毛教子(1961)乳幼児精神発達診断法. 大日本図書
- 横田俊一郎(2006)乳幼児健診における心の問題の発見と対応. 母子保健情報. 第54号. 恩賜財団母子愛育会. Pp.94-99
- 横山和仁(2005)日本語版 POMS 短縮版(ポムス)Profile of Mood StatesーBrief Form Japanese Version. M. Lorr, D. M. McNair, JW. P. Heuchert, L. F. Droppleman.

第2章 子育て・子育て支援に関わる諸理論の検討

本章では、まず、臨床心理学的アプローチの基本である心理療法の概念を整理し、精神分析から展開された対象関係論について述べる。さらに、心理療法において生起し重要な役割を果たす一方、扱いを間違えると危険性をも伴う転移という特殊な現象について論じ、この現象故に、安易にどこでも心理療法的な関わりを行うべきではないことを主張する。

その上で、他職種との「協働」、「連携」などの用語の定義の確認を行う。

さらに、精神分析、対象関係論をベースにしながらも、超学際的と表現されるほどに発展・展開してきた乳幼児精神保健学の基礎理論を概観する。

子どもへの虐待の背景として、現代の子育て環境の厳しさが挙げられる一方で、養育者の被虐待体験の世代間連鎖との関係が指摘されている。このことから、虐待を養育者による単なる加害とするのではなく、親子の関係性の不具合、「関係性障害」と捉え、乳幼児と養育者を一つの単位として早期からアプローチすることを基本としているのが乳幼児精神保健学分野である。この乳幼児精神保健学分野で発展してきた理論や技法が、母子保健領域において臨床心理学的なアプローチの応用を行おうとする際の一助になると考えられる。

第1節 従来型個人心理療法の基礎理論の確認と子育て・子育て支援における応用

子育て不安や子どもへの虐待など心理的な不安が関係する問題については、臨床心理学的なアプローチが有効であるが、個人心理療法とは異なる構造では、心理療法そのものではなくその応用が必要である。なぜ、応用が必要なのか、その理由を心理療法のもつ特殊性、すなわち転移現象の生起とそれに伴う危険性をもとに論じる。

1. はじめに

現代の社会現象や社会問題について考える際に、様々な心理学的側面から考えることの必要性に異を唱える人は少ないと思われるが、改めて「臨床心理学とは」「心理療法とは」と尋ねられて明確に答えられる人もまた少ないのではないだろうか。1994年末に起きた松本サリン事件を契機に様々な事柄が明らかにされつつあるオウム真理教関連の事件では、加害者でもあり同時に被害者でもある数多くの信者について、マインドコントロールといった心理的な操作との関連が、マスコミ等で頻繁に取り上げられていた。1995年1月17日に発生した阪神大震災以降、被災者の心理的状況を、例えばPTSD(Post Traumatic Stress Disorder)と略される心的外傷性ストレス障害の概念を用いて説明し、長期的な心のケアの必要性が訴えられるようになった。また、出社拒否症、自殺、不登校、いじめ問題など、そして、子育て不安の増加や深刻化、さらには子どもへの虐待など、こころの専門家が必要とされる状況を挙げれば枚挙に暇がないのが現代の社会である。このような社会的背景からの要請を受けて、例えば文部省(当時)による文部省スクールカウンセラー調査研究委託事業が1995年度に開始され、1996年度には前年度の予算を3倍にも引き上げて実施されるに至っている。現在、スクールカウンセラーの制度は、広く普及したといわれて良いだろう。

しかし、こころの専門家、カウンセラー、臨床心理士、セラピスト、心理療法といった言葉が一般的に使用されるようになってきたものの、「具体的にはよく分からない」「ふつうの相談とはどう違うのか」といった声が未だに聞かれるのもまた実状である。

臨床心理学的援助法の一手段である心理療法の効果が広く認識され普及するに従って、心理臨床家を名乗る者の数も増加しているが、不幸なことにそれらによる逸脱行動も表面化してきつつある。人間としても非難されるべきことではあるが、本来より厳しく倫理観が問われるはずの臨床心理士の極端な逸脱行為として、1996年3月に新聞報道された事件がある。新聞報道によれば、犯行当時H県某私立大学の精神科医であり、同時に臨床心

理士でもあったA教授が、その職制を悪用し向精神薬と推定される薬を女子学生二人に飲ませて猥褻行為を働いたとして、強制猥褻罪の容疑で逮捕されたとのことである。この事件をA教授の個人の特異性による問題であるとして扱うことは簡単ではあるが、日本のカウンセリング領域での先進国である欧米においては、既に1980年代にはセラピストとクライアントの性的問題が取りざたされており（小此木.1991）、心理療法との関係を全面的に否定することは残念ながら困難であると言わざるを得ない。しかしながら、これらの臨床家の逸脱が、心理療法の特殊性とそれともなう危うさの結果そのものであるとは、どうしても筆者には考えられないのである。

心理療法はそれが何かを見失った場合には、破壊的な作用を及ぼす危うさを有している。このような危うさが顕在化するのには、一つには臨床家の個人的資質に問題がある場合であるが、同時に一般の人々の心理臨床に対する過度の期待や、受容といった重要な概念へのある種の誤解によって、そのような危険な兆候が見過ごされ、問題を深刻化させる場合がある。例えば、受容という言葉をめぐる、時に次のようなことがあたかも心理臨床の本質であるかのように主張され、周囲からもそう理解される場合がある。「臨床家は常識を捨てなければならない」「(妄想を見る人々を相手にすることもある)臨床家は自分自身が妄想を見るようではなければならない」「(常識では対応できない人々を救うには)危機介入的にクライアントと性的関係を結ぶこともある」「クライアントの生活の練習のためには日常生活を個人的に共にする必要もある」などである。これらの主張は一見、クライアントを全面的に受容するためにカウンセラーが全身全霊を尽くして対応するという、献身的な姿を表明しているようであり、往々にして好意的に誤解される場合がある。しかしながら、実はこのような主張には極めて深刻な落とし穴があり、専門性を保った臨床心理学的アプローチとは似て非なるものである。臨床心理学の原点に立ち返りつつこの点を明らかにすることは、臨床心理学が普及し、また、本稿のテーマである「子育て・子育て支援」など、臨床心理学的アプローチの応用が必要な分野が増加してきた今、重要な意味をもつと考える。

本章においては、改めて臨床心理学の一部を成す心理療法の基本的事項とされている事柄の意味を再確認し、さらに、心理療法の特殊性とそれともなう危うさについて検討することによって、臨床心理学的な援助のあり方について模索したい。

2. 臨床心理学及び心理療法の基礎理論

(1)臨床心理学及び心理療法の定義

心理療法 *psychotherapy* の有効性が広く認められつつあるためか、臨床心理学 *clinical psychology* と心理療法の意味するところが全く同じかのように解するむきがあるようなので、ここで改めてその意味するところの違いを最初に確認する。臨床心理学について精神医学事典（加藤・保崎・笠原・宮本・小此木.1993）では「社会福祉への貢献を目的とし、障害の診断、治療、予防に関する知識の集積および臨床的な訓練が含まれ、心理学的臨床活動のための基礎心理学と定義するのが妥当であろう」と紹介している。心理臨床大事典（氏原・小川・東山・村瀬・山中.1992）においては「心を病む人々に親しく臨んで、病む人々の回復に資するための心理学的原理と技法を研究し、その応用をはかると同時に心の健康生活に寄与するための心の科学」と定義している。また、野島(1995)は現段階での取り敢えずの定義と断った上で、「臨床心理学とは、人間の心理的適応・健康や発達、自己実現を援助するための、心理学的人間理解と心理学的方法を、実践的かつ理論的に探求する心理学の一領域である」としている。

上記の内容をふまえ、筆者は臨床心理学を現在のところ以下のように定義している。「臨床心理学とは、心理的に何等かの困難を抱えた本人やその家族をはじめとした周辺の人達を心理的側面から理解し、援助する実践的側面と、実践で得た知見をさらに個々の人間や人間関係一般についての理解につなぎ、体系化する理論的研究という側面とを併せ持つ、実践と研究が密接に関わりあう学問である[≡]」。心理療法はこの臨床心理学の実践的な側面を担う一手段として、次のように定義することができる。「心理療法とは、何等かの心理的な困難を抱えた人に対して、クライエントーセラピスト関係という、あくまでも職業的な対人関係のもとに、クライエントの心身に効果的な影響を与える心理的な援助法の総称」である。なお、心理療法と精神療法という用語は、共に *psychotherapy* の訳語であり、西園（1993）によれば精神科医は精神療法と呼び、心理学者は心理療法と呼ぶ傾向があると指摘している。

(2)対象関係論的観点

臨床心理学には個人としての人間や人間関係一般を理解するための様々な理論が存在するが、その殆どがそれへの反論も含めてフロイト S.Freud の創始した精神分析 *psychoanalysis* の考え方をもとにしている。精神分析における Freud の病因論は、受入れ難い感情や欲動、記憶といったものを意識 *consciousness* から無意識 *unconsciousness* へ締め出す抑圧 *repression* であるとされていた。治療の目標は、無意

識の意識化，過去の心的外傷 *psychic trauma* の想起であった。Freud の精神分析理論に
対象関係論 *psycho-*
analytic object relation theory 的思考への大きな転回をもたらした Klein(Segal.1973)
は，主に遊戯療法 *play therapy* を通して，子どもが日常的な現実の世界に生きている外
的世界 *external world* と同時に，同じようにリアリティーを持つ内的世界 *internal*
world に生きているとした。

対象関係論的な観点に立った治療目標は，無意識の意識化のみではなく，無意識に到達
した時点における内的対象関係のあり方について，歪みの修正や再形成を目指すものであ
り，修正感情体験 *corrective emotional experience* と呼ばれている。対象関係論的な観
点では，個人は生得的な諸傾向と人生の最早期からの人的な環境，対象との相互交流の下
に内的に形作られた内的対象 *internal object* 関係が投影された形で，外界における対人
関係を形成すると考えられている。通常の場合，幼児の発達が進んで現実感覚が働くよう
になるにつれ，内的な対象は外界の現実の人間とより近くなるのであるが，個々人の人格
の病理性や葛藤などの問題の所在に応じて，何等かの歪みや発達が不十分な状態を生じる
場合がある。対象関係論的な観点では，心理的な困難を抱える人は，このように歪んでい
たり未発達であったりする内的対象関係のもとに，外界の対人関係に何等かの支障を来た
した者であると理解されている。

3. 個人心理療法における特殊な人間関係とそれにともなう危うさ

(1) 転移現象の生起

心理療法には様々な学派や療法があり，中には相対立する理論や技法も存在しているが，
いずれの立場をとる場合であっても，心理療法の中核をなすものは，クライアントとセラ
ピストの相互関係であることは自明のこととなっている。特に洞察療法においては，クラ
イエンターセラピスト間の心的交流を転移 *transference* - 逆転移 *countertransference*
という概念を用いて説明し，その治療的意味を重要視している。

広義の転移とは，過去，中でも子ども時代に重要な人物，多くの場合は両親に対して経
験した感情や思考，行動，態度といったものを現在の対人関係の中のある人物に置き換
える現象のことである。したがって，よく考えてみれば現在の対象にとっては不釣合であ
ったり，不合理な内容の感情，思考，行動，態度などとなって現れたりする場合もある。

心理療法過程に限定して転移を定義すれば，転移とは，クライアント側がセラピストに
対して抱く意識的，無意識的な空想のこととなる。心理療法の過程が展開して退行が進む

ほどに、良きにつけ悪しきにつけクライアントを護っていた防衛規制 **defense mechanisms** が緩み、クライアントの抑圧された願望と同時に、人生早期において獲得されたあと、機械的に反復されている無意識的で非現実的な対人関係のパターンが、セラピストに対して日常的なレベルよりも色濃く表現されるようになる。

精神分析的な精神療法では、転移現象の生起を前提として、そこで起こってくる無意識への到達を妨げようとする様々な言動である抵抗 **resistance** を少しずつ分析し、抵抗の分だけ退行 **regression** が生じてくるという作業が繰り返される。「転移が強烈に、しかも長期に渡って持続するのは、クライアントにとって抵抗として役立っているからである」と **Racker (1968)** は述べているが、精神分析的な精神療法は、転移を扱うことをその中心的な作業としているとも解せられる。

転移は、好意、親しみ、甘え、依存、愛情、性愛感情、尊敬などのポジティブな感情をセラピストに対して抱く陽性転移と、敵意、嫌悪、なじみにくさ、不信、軽蔑、恐怖などのネガティブな感情を抱く陰性転移に大別される。人に対する好悪の感情はどちらか片方のみであるということではなく表裏一体である場合が多く、心理療法の場面においても陽性転移と陰性転移は共に存在しているという方が適当である。特に、クライアントの無意識に追いやられてしまったものは、陰性転移として現れる可能性が高く、そのため心理療法においては特に陰性転移を扱うことが重要な意味をもっている。また、クライアントがセラピストにイメージを重ねる実生活上の人物によって、父親転移や母親転移といった種類にも分けられる他、セラピストだけでなく治療構造全体に対して生じる転移として構造転移と呼ばれる種類のものも認められる。

転移の発見が **Freud(1856-1939)** に催眠法を捨てさせ、精神分析へと向かわせたと言われている。転移を最初に発見した **Freud (1895)** は、「ヒステリー研究」(**Freud & Breuer.1895**) の中で転移を初めて報告しているが、当時、催眠法を使用していた彼にとっては、転移は治療を疎外する因子に過ぎなかった。当時の **Freud** の治療の目的は、病気の原因となった過去を想起することであったため、クライアントの関心が過去ではなく目の前の治療者との関係に向けられてしまうことは、治療上不都合だったのである。しかし、転移によってクライアントは過去の重要人物を治療者におきかえて過去を再体験できるという観点に立ったとき、**Freud** は転移が単なる過去の想起では果たし得ない真の意識化を可能にするものとの見解に至ったのである。

転移という現象が起きるからこそ、セラピストはクライアントの無意識、内的な対象

関係を扱うことができる。古典精神分析においては、転移をより純粋な形で生じやすくするためにも、「平等に漂う注意」と表現されるような中立性を維持することがセラピストには肝要であるとされている。転移に対してはあくまでもセラピストによる解釈によって、クライアントに洞察を促し、自己理解が深まることを目標としている。それに対して、新しい精神分析的な観点に立つ対象関係論においては、転移はさらに積極的な意味を持っている。対象関係論において、転移は、クライアントの幼児水準での内的対象関係が外在化 externalization されたもの、心のあり方の中核を伺い知るものとして特に重視している。

一方、セラピストがクライアントに向ける様々な感情的な態度や全ての心理反応のことを広義には逆転移と呼んでいる。Freudによる古典的精神分析においては、転移と同様に逆転移を治療上の疎外因子、セラピスト側の抵抗としたが、対象関係論による新しい精神分析的な考えでは、セラピイを進める上で積極的な意義があるとして注目されるようになってきた現象である。セラピストの逆転移としてしばしば認められる反応として、前田(1985)は以下のようなものを挙げている。(1) 嫌悪感、不快感、不安、抑うつ感、無力感、焦り、といった感情、(2) 共感できない、特定の話題のみにとらわれる、眠くなる、身構える、自分のことにとらわれる、遅刻や度忘れ、(3) 過度に好意を向ける、援助したがる、恋愛的、性愛的な感情が続く、(4) 患者の夢を見るなどである。

逆転移は、クライアントの投影性同一視 projective identification の過程として、セラピストに起こる反応であるともいうことができる。クライアントが無意識的に切り離れた内的対象をセラピストに演じさせたり、感じさせたりするのである。Kohon(1986)は、逆転移に関する著作の中で、Heimann(1950)の見解について紹介している。Heimannは、セラピストの無意識はクライアントの無意識を理解するという基本想定のもと、深い水準の心的交流はクライアントの転移に反応したセラピスト側の逆転移の中に気づく感情という形で表面に現れるとしている。これは逆転移がクライアントによる投影性同一視を受けて起こる反応として扱われていることを意味している。投影性同一視とは、病体水準でいうところの神経症や健康なレベルで無意識的に使用される防衛機制 defence mechanisms に対して、原始的防衛機制 primitive defence mechanisms と呼ばれる防衛の一つであり、クライアントが自己を分裂 splitting させ、その良い good または悪い bad 部分 parts of the self のいずれかを外界の対象に投影して、さらに投影した自己の部分と外界の対象とが同一視されるという機制のことである。この概念は特に精神分裂病や境界例の精神病理を理解する上で重要な概念とされているが、共感能力の最早期の形態

であると解することもでき、精神発達を考える上でも意義のある概念である。

逆転移の拡大解釈については、Freud を始めとした多くの精神療法家が戒めている。逆転移を広義で捉えるのであれば、逆転移の性格について明確に分類する必要がある。逆転移感情には、セラピストの個人的な問題から発生する様々な感情と、クライアントの転移に対して生じるセラピスト側の転移との二つに大別される。後者はクライアントの心理過程に反応して生じてくるものであり、クライアントの転移を受けて、セラピスト側に無意識的、非合理的、幼兒的な感情、考え、態度などが示されるものである。後者の逆転移だけが、客観的にクライアントを理解するための補助手段として使用することが許される逆転移である。Winnicott (1958) は、セラピストの個人的問題から発生する前者の逆転移のことをセラピストの職業的態度を維持する能力を台無しにする分析者側の神経症として記述し、その危険性を指摘している。

以上からは、セラピストが逆転移の危険性を回避できるのであれば、逆転移分析はクライアントの内界を理解するための手段として非常に有効なものとなることが理解できる。治療上有効なものとして逆転移分析を役立てるには、セラピストが職業人として心理療法を開始する時点において、健康であることが大前提である。その基本的な健康の上に、絶えざる自己分析がさらに必要となる。Racker (1968) は、クライアントの内界を理解する補助的手段として逆転移を使うためには、「自分の自我を合理的な自我すなわち観察者と、不合理な自我すなわち感情とに分けなくてはならない」と表現している。

(2) 転移現象の生起にともなう退行現象

精神分析的な心理療法は転移現象の生起を前提としており、そこに現れる抵抗を少しずつ解釈し、解釈をした分だけ退行が生じるということの繰り返しである。転移現象が心理療法を進めていく上で非常に意義のある有効なものであると同時に危うさをともなうのと同様に、心理療法過程でみられる退行現象にも、有効な側面と同時に危うさがともなっている。

Winnicott (1958) は、失敗状況を凍結することによって、人が自己を防衛することができるということは正常で健康なことであるとした上で、人は、退行状態にありながら、適切な適応を行っている環境の中において初めて、失敗状況が解凍され、再体験されることが可能となるのだと、退行の意義について述べている。彼はクライアントの退行への傾向を個人の持つ自然治癒力の一部であるとしているが、これは退行の治療上有効な側面につい

ての言及であると理解でき、そこに Balint(1968)のいう良性の退行 *benign regression* と悪性の退行 *malignant regression* という概念が前提にあると理解できる。

Balint は、分析過程で起こってくる退行のことを、成熟度の進んだ体験行動形式が確立された後に分析治療への反応中に原始形態の体験行動が出現することと定義し、さらに良性の退行と悪性の退行とに分けて論じている。良性の退行は、クライアントが外的世界を活用して自己の内面の問題に前進の途が開けるという特徴を有し、本来の自分自身に到達できることを認めて欲しいと願うものである。これは治療の突破口となる新規蒔き直し *new beginning* に至るものであり、治療上有効な側面を現している。それに対して悪性の退行は、本能の求めるところを充足させることを目的とする外的な事件、即ちクライアントの欲求を生で満たしてくれる対象行動を求めて行動するものとしている。そこには際限のないねだりが生じ、退行によって強烈な依存性が出現するという心理療法における危うさをうかがわせている。

Balint は、悪性の退行が生じやすい状況として、分析過程が彼のいう基底欠損領域 *the basic fault area* に達した場合を挙げ、この時にセラピストとして可能な行為ならびに態度について言及している。退行現象にともなう危うさを回避し、治療上有効なものとするためには、まず、クライアントの退行への要求の水準を見抜くことが大切である。さらに、セラピスト自身がどこまでクライアントの退行に職業的態度を維持できるのか、自己の能力について知っておく必要がある。自己の限界を把握することによって、治療上の方針を考えることも可能となるからである。

これまで述べてきたように、心理療法においては、転移—逆転移という心的交流、心的交流にともなう退行などといった特殊な人間関係が展開されるが、この関係は創造的な側面を有している。心理療法は、特殊な設定状況における、いわばクライアントとセラピストに共有されたある種の錯覚 *illusion* の体験である。このことを Winnicott は、体験の中間領域 *intermediate space*、即ち内的現実と外的現実のどちらに属するかということについて、問われて挑戦されることのない領域、すなわち遊ぶこと *playing* と表現し、例えば、芸術や宗教などといった文化的体験と重なるものであるとしている。Winnicott (1971)は、遊ぶことにおいてのみ、子どもでもおとなでも、人は創造的になることができ、その全人格を使うことができるとし、個人は創造的である場合にのみ、自己を発見するとしている。さらに、精神療法は患者の領域と治療者の領域という2つの遊ぶことの領域が重なり合う

ことで成立しており、一緒に遊んでいる2人に関係するものであると述べている。当然の帰結として、遊ぶことが起こり得ない場合に治療者のなすべき作業は、患者を遊べない状態から遊べる状態へ導くように努力することであるとしている。心理療法における共有された錯覚、即ち退行をともなつた転移—逆転移という心的交流の中で、クライアントは過去の環境との間で生じた失敗をやり直す機会を得ることができ、クライアントは新たな外界との関わりが可能となる。なぜなら、過去の環境の失敗によって、可能性を秘めたまま凍結されている人格の機能の一部が、心理療法において活動し始めるからである。

(3)心理療法にともなう危うさと治療的枠組み

心理療法における心的交流、転移現象にともなう退行現象が悪性のものとなった場合、セラピストの対応如何では、心理療法は危険なものとなる可能性を含んでいる。この心理療法における危うさは、分析作業が基底欠損領域に達したときに最たるものとなる。

先にバリントの説を借りて、退行を良性と悪性とに分け、その治療的意義とそれにともなう危うさについて述べた。彼はこのように異なる種類の退行が生じるのは、クライアントには二つの病理水準がみられ、それぞれに退行を必要とする領域が異なっているためであることを明らかにしている。彼のいう病理水準の一つは、従来分類では神経症レベル neurotic level に相当するエディプス期 Oedipal phase 水準であり、もう一つは境界例 borderline case と表現される病態を含んだ人格障害 personality disorder や精神病水準 psychotic level に相当する前エディプス期 pre-Oedipal phase 水準である。

彼は、自らの臨床経験にもとづき、エディプス領域における対人関係の特徴を3つ挙げている。(1) 体験が全て三角関係 a triangular relationship のかたちで生じている。(2) 葛藤 conflict が必ず密接に関係している。(3) 成人言語がコミュニケーションの手段になり得る。これらの特徴を踏まえて、エディプス期水準を「成人言語の水準 the level of adult language」「慣用言語の水準 the level of conventional language」「合意された言語の水準 the level of agreed language」と表現することもできると述べている。

これに対してプレエディパルな領域を基底欠損領域と呼び、彼は次のような4つの特徴を示すとしている。(1) この領域で生じる事象は全て二人関係であり、第三の人格は存在しない。(2) この二人関係の性質は一種独特なもので、エディプス期水準での人間関係とは全く違う様をみせる。(3) この領域においての力動的な力は、本質的に葛藤とは無縁のものである。(4) この領域において言語は一般的な合意に基づく通常の意味を持つとは限

らない。特徴の(2)について補足説明をすれば、独特の二者関係は奇妙で最も原始的な対象関係となる。パートナーの片方だけが大切にされる関係であり、その人の願望や必要だけが問題とされ、もう一方の人間が必ずそれを満たさねばならないという鉄則が存在する関係なのである。しかも、片方の願望がパートナーによって満たされたとしても、感謝の念は決して生じず、当たり前のこととされ、強欲性 **greediness** と表現されるほど、さらに次から次へと要求が出されるのである。

このような基底欠損領域に分析作業が達すると、雰囲気の本格的な変貌が生じる。そうになるとセラピストの解釈はクライアントに解釈としては体験されず、途方もない好意か悪意として受けとられる。また、セラピストの技法上のしくじりを全て手応えなく受け入れるか、被害感に満ちた不安を持つかのいずれかである。その一方では、セラピストがクライアントの強欲性にのせられ、技法上必要な受け身的な態度を保持することが非常に困難となる。セラピスト側の治療上不都合な逆転移、生の反応が出現してしまう可能性が非常に高くなる状態である。

クライアント、セラピスト双方がおかれたこの状況は、錯綜した治療状況を招く危険性を十二分に満たしている。錯綜した治療状況に陥れば、当然、セラピストとしての適切な対応が困難になる。その結果、過去の外傷体験のやり直し、即ち創造的な体験を目指すどころか、外傷体験を反復してしまう可能性もあり、病的な防衛を強化してしまうことにもなりかねないのである。また、セラピストの生の逆転移反応が、強烈かつ長期に渡って持続するならば、クライアントが新たな病的な防衛を形成し、人格の歪曲化が招かれる危険性も否めない。

この水準のクライアントの特徴として「全ての事象が二者関係であり、第三の人格が存在しない」といったことが挙げられている(小此木.1991)。Balint の意見に従い考察すると、この特徴のために全ての事象は当人と目の前の相手との関係に集約されてしまう、即ち相手とは直接関係のない事象までもが全て関連づけて認識されることとなり、結果的には事象を歪めて把握することになると考えられる。この二者関係に関する特徴は、基底欠損水準のクライアントが現実を把握し理解する現実検討 **reality-testing** 能力の著しい歪み、即ち妄想的な空想を抱かざるを得ない結果をもたらすのではないだろうか。

分析状況が基底欠損領域に達した際に生じる心理療法にともなう危うさについて述べてきたが、ではこの領域に達したクライアントに対してセラピストはどのように対処すれば良いのであろうか。Balint (1968) はセラピストに必要な姿勢を「あたかも大地や水が

己れの体重を安んじてあずける者を支え返してくれるように、患者を受容し支え荷う」と表現し、さらに続けて「これは患者に同意し、関与し、巻き込まれることを意味する」としている。これはセラピストが徹底的に自己の無意識的な反応、逆転移を意識し、見つめ続けることができ、クライアントに対する反応を整理し、学ぶことができ始めて維持される姿勢であり、セラピスト側に相当な訓練を要するものとする。Winnicott（1964）は、初心者の研修者に深い退行を要するようなクライアントを持たせるべきではないと述べているが、これも心理療法にともなう危うさを回避するために重要なことの一つである。

心理療法における特殊な人間関係について転移現象や退行現象を中心に考え、それぞれの現象について治療上の意義とそれにともなう危うさについて明らかにした上で、その危うさを回避するための技法上の心得について述べてきた。心理療法が両刃の剣とならず、危うさをともないながらも創造的作業となるのは、一体なぜなのだろうか。この特殊な人間関係とそれにともなう危うさを絶対的に抱えるものは、文字通り、心理療法という治療的な枠組みであるという一言に尽きると考える。これが、筆者が冒頭で触れた昨今見聞きする心理臨床家と称する者の逸脱行為が、心理療法そのものの招く結果ではないと考えることの根拠となっている。

治療的な枠組みとは、本来はセラピストとクライアントそれぞれの心の内に共有されている心理療法における人間関係への認識のことである。ここでいう人間関係とは、心理療法という契約関係のもとに形成される特殊な関係であって、日常の生活における人間関係とは性格を異にするものである。ここで特にセラピスト側に要請されていることは、人間理解に関する理論的背景に裏打ちされて、専門的、職業的な態度とその認識に全てが集約されると考える。

しかしながら、心理療法は転移現象や退行現象にみられるような非常に特殊で危うさをともなった作業であり、この共通認識は崩れやすいものであるため、この共通認識を現実的、物理的な設定 **setting** という形で補償する必要がある。心理療法を行う形態の基本とされる現実的枠組みとして、多くの場合大学院などで初心者が学ぶ「1週間に一度、決めた曜日の決まった時間に50分間、一定の面接室で会う」という例を挙げることができる。心理療法を実施するにあたっては、ごく当たり前とされ、決まり文句のように繰り返されることではあるが、これは重要なのである。もちろん、心理療法を実施する機関やクライアントの状態などによって、この物理的な設定については多少の違いがあつてしか

るべきであるが、この枠組みを崩す場合には、相当の注意が必要である。

小此木(1981・1990)はこの設定の意味をさらに積極的なものとして捉え、治療的枠組み、即ち治療を構成する様々な要素が治療に与える影響を考え治療的に活用するという観点から治療構造論 **theory of therapeutic-structure** を展開している。

治療構造は、面接の物質的な大枠に関わる外的な治療構造と、面接の内容に関わる内的な治療構造とに大別される。外的な治療構造の要素としては、面接室の大きさや備品の配置等の面接室に関する要素、性別や年代、服装、雰囲気等のセラピストに関する要素、クライアントとセラピストが座る位置取りに関する要素、有料か無料か・有料の場合の支払い方法等の経済的要素、一回の面接時間・面接頻度・期間設定の有無等の時間的要素などが挙げられる。内的な治療構造の要素としては、治療目標、制限設定、秘密保持のあり方、様々な倫理的事項である暗黙の了解事項などを挙げることができる。これら以外の要素として、セラピストが意図しないところで発生したできごと、例えば、面接中に鳴る電話なども治療構造の構成要素として捉えられ、心理療法の成り立ちに様々な影響を及ぼすと考えられている。

これら治療構造の果たす機能を小此木(1990)は次の6つに分類している。(1) 治療者・クライアント双方の存在と関係とを支える受容器 **container (Bion,W.)**としての機能、(2) 転移・逆転移の発生を促進する機能、(3) 転移・逆転移の認識と分析とを可能にする現実としての機能、(4) 境界を明確にする機能、(5) 治療構造そのものに対する構造転移を支える機能、(6) 移行対象 **transitional object (Winnicott,D.W.)**としての機能である。

ここに挙げたような機能を備えた治療構造である治療的な枠組みがあつて初めて、これまで述べてきた様々な心理療法における現象が有効な意味を持つのである。逆に、このような機能を持つ治療的な枠組みがない状態で、もし、転移現象や退行現象が起きたならば、心理療法の特殊性にともなう危うさは、文字通り破壊的な様相を帯びたものになる可能性が否めない。このことは、臨床心理学的なアプローチを行う上での大前提として理解し、肝に銘じておくべきである。

(4)臨床心理学的アプローチの応用に向けて

本節では、臨床心理学的な観点に立った援助法の一手段である心理療法に焦点を当てて、その特殊性とそれにともなう危うさを中心として考察してきた。また、心理療法における治療的枠組みを安易に踏み外せば、もはや心理療法と呼べるものではないことを明らかに

した。

既述したように、クライアントの心理的困難の原因は、個人の内的な問題であるとする前提のもとに心理療法は成立している。しかしながら、第1章第1節や本節冒頭で述べたように、社会問題ともなっている子育て不安や子どもへの虐待、出社拒否症、自殺、不登校、いじめなどの問題を全て個人の人格傾向のみに帰すること自体が不適切である。

かつて存在していたような心理療法万能論的な考えは改める必要がある。臨床心理学と心理療法を同義として捉えれば、そこに心理療法に対する拡大解釈が生じる素地ができあがってしまう。拡大解釈、即ち治療的枠組みを安易に外してしまえば、そこには転移—逆転移現象の錯綜という破壊的な状況が起こりうる。

一方で、本研究のテーマである「子育て・子育て支援」と多（他）職種との協働においては、次項で述べるように、自らの専門性を改めて問い、応用する必要が生じる。では、臨床心理学的な観点を応用しながらも専門性を保ち、援助対象者の利益を追求するためには何が必要か、以降、順序立てて述べることとする。

4. 他職種との連携・協働

本博士論文の中心テーマの1つは、多（他）職種との「協働」である。協働という用語が使用される以前は、多（他）職種や他機関との「連携」という用語が頻繁に使用されてきた。これらの用語には、どういった違いがあるのだろうか。広辞苑（新村、2007）では、協働を「協力して働くこと cooperation, collaboration」、連携を「同じ目的を持つ者が互いに連絡を取り、協力し合って物事を行うこと」としている。亀口

（2002）は、コラボレーション（協働）を「所与のシステムの内外において、異なる立場に立つ者同士が、共通の目標に向かって、限られた期間内に互いの人的・物的資源を活用して、直面する問題の解決に寄与する対話と活動を展開すること」と定義している。丹治（2004）は、協働 collaboration ということばも使用されるようになってきているが、「連携」が最も一般的に使用され、イメージもしやすいとし、連携を「異なる立場の者同士が共通の目標の達成に向かって協力し合いながら進むプロセス」と定義している。

以上からは、協働と連携の違いは、未だ明確に区別しがたいとの印象をもつが、本稿では、この2つの用語を以下のように定義し区別することとする。協働（コラボレーシ

ョン)による援助とは、「同一機関内において、他職種のスタッフが相互交流を行いながら、自らの専門性を如何に援助対象者に対して活用しうるかを常に意識して行うことをさし、その結果、多(他)職種間にある種の融合が生じ、新たな援助形態が生まれる状態」と定義する。また、連携による援助とは、「援助対象者に関する必要な連絡を他機関や多(他)職種間で取り合い、協力して援助すること」と定義する。従って、連携しながら援助する際には、さして自らの職制の専門性を特に応用する必要は求められないが、協働による援助の場合には、それぞれの職種が従来の特長性を応用することが必要になる。これらを整理したのが、以下の図 2.1.1 である。

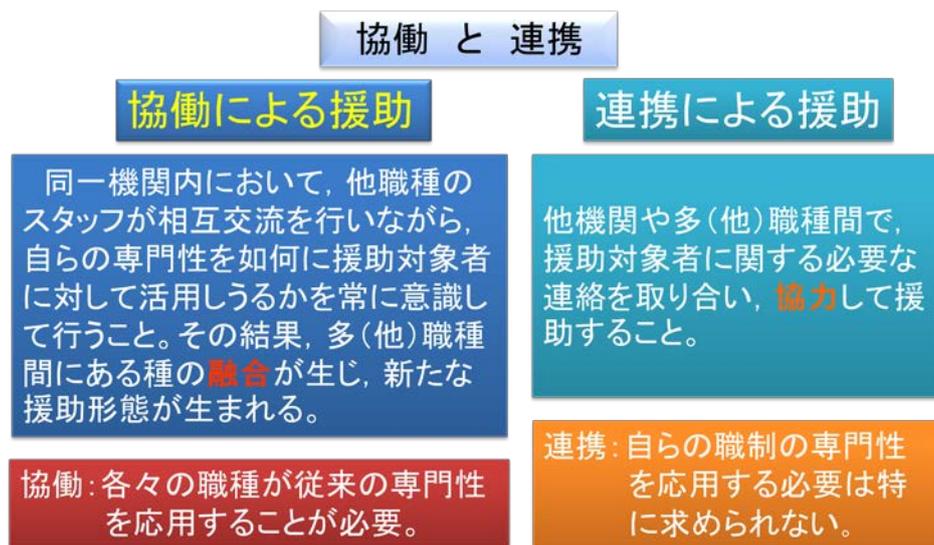


図 2.1.1 協働と連携の定義

この、従来の専門性、つまり、臨床心理学的アプローチを応用する際には、本節で論じた臨床心理学及び心理療法の定義や、その特殊性とそれ故の危うさを理解しておく必要がある。

さらに、臨床心理学をベースにおいた全ての援助において、何らかのアセスメントが必要であるが、子育て・子育て支援においては、従来のアセスメントのみでは不十分であり、このことが、他職種との協働の際に問題の一因になっている可能性がある。それは、どのような場面においても、個人心理療法を行ってしまおうとすることである。これには、次章、第3章で述べる援助対象及び援助環境の心理アセスメントが必要である。

なお、上述したものは、あくまでも援助スタッフ間や機関における協働や連携についてのみ考察したものであるが、Anderson（1997）は、一般にはクライアント、援助対象者と呼ばれる相手との協働作業について実践研究を報告している。これは、心理的援助そのものへの挑戦的なあり方だと位置づけられる。この件については、時間をかけて検討すべき課題であるが、本博士論文では、現代の日本で今まさに課題となっている、心理職と多職種との協働、連携に注目して、以降も議論を展開することとする。

文献

- Anderson, H.(1997)Conversation, Language, and Possibilities: A postmodern approach to therapy. Basic Books. New York.
- 新村出（2007）広辞苑第6版．岩波書店
- Balint, M.(1968)The Basic Fault:Therapeutic Aspects of Regression.The Tavistock Publication.London. 中井久夫訳（1978）治療論からみた退行.金剛出版
- Freud, S & Breuer, J. (1895) Studien uber Hysterie. Gesammelte Werke, Bd. 1. Imago : London.
- Freud, S The Psychotherapy of Hysteria.1955. The Hogarth Press and The Institute of Psycho-analysis.London.Pp.253-305. Freud,S & Breuer,J.Studies on Hysteria.
- Heimann,P（1950）'On Countertransference',Int.J.Psycho-Anal.Vol.31.Pp.81-84
- 亀口憲治（2002）概説 コラボレーションー協働する臨床の知を求めて．亀口憲治編著．現代のエスプリ Vol.419. Pp.5-19
- 加藤正明・保崎秀夫・笠原嘉・宮本忠雄・小此木啓吾編（1993）新版 精神医学事典.弘文堂
- Kohon,G(1986) The British school of psychoanalysis: the independent tradition. Free Assoceation. 西園昌久監訳(1992)英国独立学派の精神分析.岩崎学術出版社
- 野島一彦編（1995）臨床心理学への招待.ミネルヴァ書房
- 西園昌久（1993）精神療法.加藤正明・保崎秀夫・笠原嘉・宮本忠雄・小此木啓吾編．新版 精神医学事典．弘文堂.P.469
- 前田重治（1985）図説臨床精神分析学.誠信書房
- 小此木啓吾(1981)精神療法の構造と過程その1・その2．小此木啓吾・岩崎徹也・橋本雅雄・皆川邦直 編著.精神療法の基礎.岩崎学術出版社.Pp.1-83
- 小此木啓吾（1990）治療構造論序説.岩崎徹也・相田信男・乾吉佑・狩野力八郎・北山修・橋本雅雄・馬場禮子・深津千賀子・皆川邦直 編．治療構造論．岩崎学術出版社．Pp.1－44
- 小此木啓吾(1991)治療者・患者間のセックス．精神療法第18巻.第5号.金剛出版.Pp.422-

- Rachker,H(1968)Transference and Countertransference.The Hogarth Press Ltd.. 坂口
信貴訳 (1982) 転移と逆転移.岩崎学術出版社
- Segal. H. (1973) Introduction to the Work of Melanie Klein. The Hogarth Press Ltd.,
London
- 丹治光浩編著 (2004) 心理臨床実践における連携のコツ.星和書店
- 氏原寛・小川捷之・東山紘久・村瀬孝雄・山中康裕編 (1992) 心理臨床大事典 培風館
- Winnicott,D.W (1958) Collected Papers : Through Paediatrics to Psycho-
analysis.Tavistock Publications Ltd. 北山修監訳 (1990) 児童分析から精神分析へ.
岩崎学術出版社
- Winnicott,D.W (1964) The Child and the Family, and the Outside World Penguin
Books. P.88. Ll.33-36
- Winnicott,D.W (1971) Playing and Reality. Tavistock Publications Ltd.橋本雅雄訳
(1979) 遊ぶことと現実.岩崎学術出版社

第 2 節 乳幼児精神保健学にもとづく子育て・子育て支援

本節では、まず、子育て・子育て支援において重要な観点として日本でも認められつつある乳幼児精神保健学の基礎理論について概観する。詳細については第 5 章における事例検討の際に触れるが、本博士論文を進めていくうえで必要な枠組みとして述べるものである。

第 1 章第 1 節においてふれた「乳幼児精神保健学」は、本博士論文研究の基盤である。この学問が、1980 年に Lebovici によって「超学際的アプローチ」と表現されていることは既述しているが、本城（2011）は、多領域との連携、融合がこの学問の特徴であると表現し、さらに、Emde(1990)の学会発表原稿をもとに、以下の 4 つの項目を特徴として挙げている。

(1) 多領域的 (2) 多世代的 (3) 発達指向的 (4) 予防指向的

また、本城は、精神医学的な障害としてまだ認識されないような状態において、予防的なかわりを実施することが乳幼児精神医学の「真骨頂である」としている。このことは、臨床心理士である筆者も強く同感するところである。前節で論じたように、従来からの個人心理療法は、すでに症状が形成されてしまったクライアントを対象とし、その過程で「ふり返るもの」としての生育歴を重要視する。ところが、乳幼児、時には胎児とその養育者を対象とする乳幼児精神保健学では、最早期の親子にかかわることで、「いま、まさに」親子関係が形成され、発達していく過程に立ち会うことが可能なのである。なお、1980 年に「世界乳幼児精神医学会」として発足したものが、多領域の専門家の参加を意識して「世界乳幼児精神保健学会」と改称されていることにもなあって、「乳幼児精神保健学」と呼称されるようになってきているが、本城は児童精神科医の立場からあえて「乳幼児精神医学」としているようである。

一方で、本城（2011）は、この分野には精神医学的な知識、生物学的な知識、心理学的な知識が必要であるが、未だ「未開拓」な分野であり、乳幼児にかかわる領域の専門家がそれぞれ独自の方法やかかわり方でやってきたというのが実情であるとも述べている。そのうえで、必要な理論として、Freud,S.(1856-1939), Erikson,E.H.(1902-1994), Mahler,M.S.(1897-

1985), Stern,D.N(1934-2012)らによる精神分析的発達理論を理解しておくことが必要で

あるとしている。なかでも、Stern は、実証的な発達研究と精神分析的な発達論を統合しようとしているが、Stern の理論については、後述する。さらに、重要な心理学的な概念として、Bowlby,J.(1907-1989)に端を発した愛着理論 attachment theory, Ainsworth(1978)のストレンジ・シチュエーション法 strange situation procedure による成果、また、愛着の世代間伝達などを挙げている。いずれにしても、本章第 1 節で論じた精神分析的な心理療法での留意点はおさえておくべきである。

なお、本章では、心理療法過程において生じるいくつかの現象を扱うことにポイントをおいているため、個人の内界を理解する為の様々な理論についての詳述は割愛するが、乳幼児精神保健学に通底しているのは、Winnicott (1964) の以下の有名な言葉、'There is no such thing as a baby' 「1 人の赤ん坊なんていない。」である。'meaning that if you set out to describe a baby, you will find you are describing *a baby and someone*. A baby cannot exist alone, but is essentially part of a relationship.' (「これは、赤ん坊を描こうとすれば、必ず赤ん坊と別の誰かを描くことになるということを意味する。赤ん坊は、1 人きりで存在することはありえず、本質的に、ある関係性の中の一部なのである」) つまり、赤ん坊は常に誰かとの関係性の中で生存する存在として捉えている。また、その誰かとは多くの場合母親であり、親子を一つの単位としてサポートにあたるという、観点を有しており、まさに、「子育て・子育て支援」に活用すべき観点である。

従って、乳幼児精神保健学において、乳幼児の不具合は、子ども自身のもつ資質と親のもつ資質や環境との不調和、つまり、関係性障害 relational disturbance という捉え方をするのである。

もう少し具体的なイメージが持てるよう、心理療法が行われる一般的な設備について以下に記載する。説明に使用した写真は、いずれも筆者の勤務する大阪樟蔭女子大学のキャンパス内に設置された大阪樟蔭女子大学大学院人間科学研究科臨床心理学専攻附属カウンセリングセンター内のものである。従来からの子どもの問題をめぐる心理療法の多くは、早くとも 3 歳頃から実施される。その場合、子どもは室内に様々な玩具類が置かれているほか、砂場や水場が設えられているプレイ・ルーム (図 2.2.1) において、子ども担当のセラピストから遊戯療法を受けることになる。また、同じ時間に養育者は、別室の面接室 (図 2.2.2) において養育者担当のカウンセラーと面接を行う。これは、親子並行面接と呼ばれる形式である。養育者は担当のカウンセラーと、子どもの様子について話したり具体的な助言を受けたりといったガイダンス的な面接を受ける場合や、時に、養育者自身の心理的

変容を目指した面接が行われる場合など、まさに内容はケース・バイ・ケースである。



図 2.2.1 プレイ・ルーム (*)



図 2.2.2 面接室 (*)



図 2.2.3 乳幼児ルーム (*)

*大阪樟蔭女子大学ホームページより引用

一方、先の Winnicott の理念を元にした乳幼児精神保健学の観点から心理療法が行われる場合は、子どもは乳児からを対象としており、時には胎児の場合さえある。既述したように、その方法については定式化されたものがあるわけではないが、例えば図 2.2.3 のような部屋において、乳幼児と養育者が同室でセラピストに会い、親子同室面接と呼ばれる形式をとる。セラピストは早期から親子に出会うことで、まさに目の前で起こっている親子相互作用を観察し、必要に応じて介入することができるため、問題の固定化、複雑化、深刻化等を予防することが可能である (瀬々倉.2002)。また、子どもとの関わりに困難を感じている養育者が、セラピストと乳幼児とのやり取りを直に観察し、うまく取り入れるこ

とが可能な場合もある。

これら、従来型の親子並行面接と乳幼児親心理療法の構造的な違いを図式化したものが図 2.2.4-1・2 である。異なる援助構造により、親子間、親子－援助者間に異なる関わりが生じていることが確認できる。

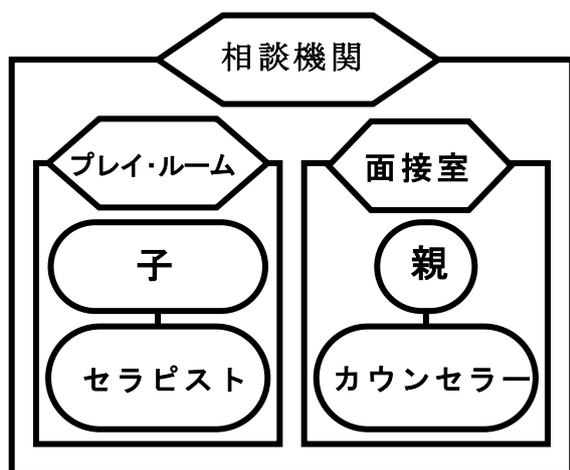


図 2.2.4-1 親子並行面接

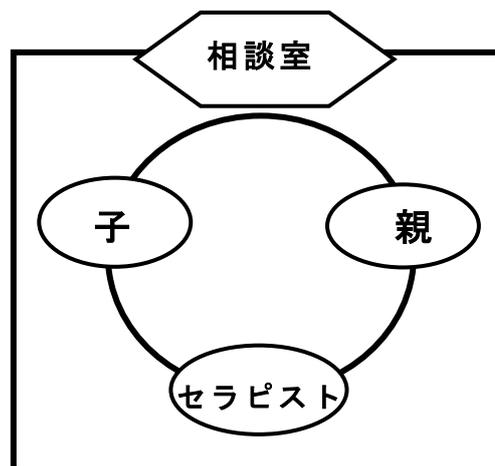


図 2.2.4-2 親子同室面接

図 2.2.4 親子並行面接と親子同室面接の構造の比較

乳幼児精神保健学の観点から行う実際の親子支援の方法には、様々な方法があり、Stern (1995)によれば、その違いは援助対象の違いからきている。Weatherston (2002)によると、米国の乳幼児の健康な発達を促進するための NPO 法人 ZERO TO THREE の創始者の 1 人、Fraiberg, S. (1918-1981)は、1973 年以来、ミシガン州で家庭訪問による親子支援に力点をおいた支援方法を構築し、その理論と研修はプログラム化され現在に至っている。Fraiberg は、その援助実践を “Infant mental health (IMH)”，乳幼児精神保健と呼んだ。“Infant”は、3 歳以下の子どもを意味しており、“Mental”は社会・情緒・認知、“Health”は乳幼児とその家族の健康の意である。初期の IMH の実践家 IMH practitioners は、ソーシャルワーカーや心理学者、看護師、精神科医であり、それぞれが乳幼児と親のニーズに応じるために、自らの専門領域を越えて様々なトレーニングを受けていた。近年では、これらのような従来からある特定の専門家をさすのではなく、IMH スペシャリスト IMH specialist としての専門家養成が行われている。その定義は、幼い子どもとその家族のために、親子の関係性を基盤において、包括的で集中的に働くことができ、核となる信念をもっており、スキル、トレーニング経験、臨床的に優れた方策を兼ね備えた専門家とされ

ている。

この、IMH スペシャリストによるサービスは、表 2.2.1 のように定義づけられている。

ここで IMH サービスとして特徴的なのは、1.の「Concrete assistance 具体的な援助」である。従来型の個人心理療法では考えられない、まさに現実的な援助であるが、これは、Fraiberg が支援した親子のおかれた状況から来ている。その多くは、経済的に困窮し、すでに福祉的な機関との関係は悪く、当然、来談意欲は皆無に等しいため、まずは、支援関係を維持することに相当の精力を注ぐ必要があったことによる。同様の理由から、Fraiberg. (1975) は家庭訪問による心理的支援を重視しており、‘the therapy in the kitchen’（「台所でのセラピー」）とも表現されている。この家庭訪問による支援についても、従来型の心理療法とは異なる方法である。第 5 章第 2 節では、筆者の家庭訪問による支援の経験から学んだ内容を事例研究として記載している。

表 2.2.1 IMH サービス（Weatherston (2002) より抜粋。和訳は筆者による）

1. Concrete assistance 具体的な援助
家族の食物、乳児用のミルク、医療、住居に関する切迫したニーズは、親が子どもに食べ物を与え、護り、養育するために満たされなければならない。
2. Emotional support 情緒的なサポート
IMH スペシャリストは、子どもの養育について危機的状況に直面している家族に対して、情緒的なサポートを提供する。
3. Developmental guidance 発達相談ガイダンス
IMH スペシャリストは、赤ん坊を世話する上で知っておく必要のある赤ん坊特有の発達やニーズについて、知識を提供する。
4. Early relationship assessment and support 初期の関係性アセスメントとサポート
IMH スペシャリストは、養育者が彼らの赤ん坊を養い、護り、安定させ、さらに赤ん坊への理解を高めるために、スペシャリストとの関係を構築し、その関係を活用する多様な機会を提供する。
5. Advocacy 擁護
IMH スペシャリストは、度々意見を話すことのできない乳児や養育者のために発言する。
6. Infant-parent psychotherapy 乳幼児－親心理療法
乳幼児が乳幼児－親心理療法の中にいるということは、不可欠である。乳幼児は、スペシャリストの理解を活性化し、介入の焦点を明確にする。

また、Fraiberg は同時期に、虐待の世代間伝達を念頭においた ‘ghosts in the nursery’

（「赤ちゃん部屋のお化け」）といった概念を見出しており、乳幼児－養育者間に援助者が寄り添うことの重要性を説いている。

一方、ジュネーブ派ともいわれる Cramer（1989）らが行っている親－乳幼児心理療法は、経済的に安定し教育レベルも高い家庭の親子が、高い来談意欲をもって通っているもので、オーソドックスな心理療法に近い形態で実施されている。オーソドックスな心理療法と異なるのは、ビデオ撮影を積極的に取り入れていることである。

これら一見、両極に感じられる方法の違いに通底するのは、乳幼児精神保健学の特徴、親子を一つの単位としてとらえて支援するということである。

では、乳幼児精神保健学の観点からみた場合、子育て・子育て支援において、心理職の行う支援はどのように機能しているのだろうか。以下、Stern（1995）の親子関係と援助者（Therapist）との関係に関する理論展開をもとに考察する。

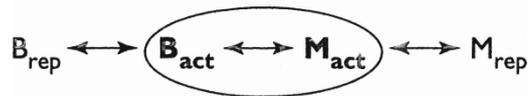


図 2.2.5 （Stern.1995.P.13 から引用）

Stern（1995）の描いた図 2.2.5 は、親－乳幼児間の相互作用を中心とした顕在化された行動（**act**）と表象 representation（**rep**）について表現されたものである。Stern は、まず、最小単位として、赤ん坊（**B**）と母親（**M**）の間に生じる相互作用を挙げ、顕在化している相互作用を行動 **act** と表現し、さらに、この親子の関係性には、各々の行動の背景にある表象 **rep** が関わっているとしている。表象とは、その相互作用の各々の参加者（この場合は、赤ん坊、母親）特有の幻想や希望、恐れ、家族の伝統と神話、重要な個人的経験、現在のプレッシャー、その他多くの要因、つまり、個人特有の「レンズ」のようなものによって成り立っている個人の記憶の集積と個人的な解釈により、知覚され解釈される混合物である。顕在化された赤ん坊と母親の相互作用には、各々の背後にある表象が関わっており、この 2 者間の相互作用にセラピスト（**T**）が関わった場合も基本的には同様の考え方で図式が拡張されていく（図 2.2.6）。ここで注目すべきなのは、セラピストが関わったとき、母親の表象にはもう一つの M_{rep}^2 が加わる可能性を示唆していることである。母親がセラピストのいる場に関わっているときには、子どもや母親自身

のこと、また、母親自身と子どもとの間に起きていることについて、1人にいるときは異なった視点をもつかも知れないとしているのである。このことは、既述した Friberg (1975) の 'ghosts in the nursery' といった概念を念頭においた支援とも通じる。

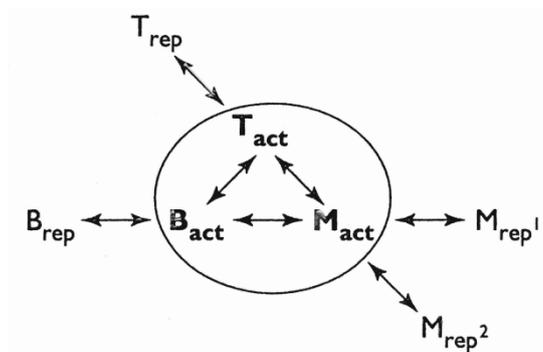


図 2.2.6 (Stern.1995.P.13 から引用)

さらに、Stern は、図 2.2.7 を用いて二次的、三次的な養育者や様々なサポートシステムは、親子の相互作用の中で母親の表象に最も直接的で大きな影響を及ぼし、結果的に、母親が赤ん坊に対してとる行動に影響を及ぼすだろうとしている。まさに、子育て支援の目指すものを心理的な側面から表現していると言える。

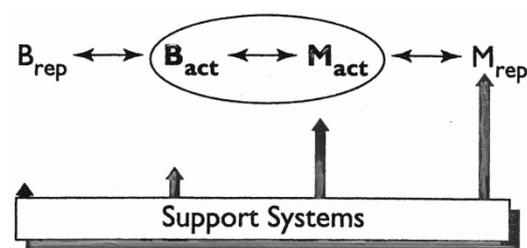


図 2.2.7 (Stern.1995.P.15 から引用)

上述した支援方法の違いの背景をさらに理解するには、第 3 章で述べる、(援助対象の) 心理アセスメントと援助環境の心理アセスメントという観点が有効であると考えられる。

文献

Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Water, E. & Wall, S.(1978)Pattern of attachment: a psychological study of the strange situations, Erlbaum: Hillsdate,N.J.

- Cramer, B. (1989) Profession B e B e. Calmann-Levy. 小此木啓吾・福崎裕子訳
(1994) ママと赤ちゃんの心理療法.朝日新聞社
- Emde, R. N. (1990) New directions from infant psychiatry: Individuality in
relationships and disorders (第12回国際児童青年精神医学会発表原稿.京都)
- Fraiberg, S. (1975) Ghosts in the nursery. Journal of American Child Psychiatry,
Vol.14. Pp.387-422
- 本城秀次 (2011) 乳幼児精神医学入門.みすず書房
- 大阪樟蔭女子大学大学院人間科学研究科臨床心理学専攻附属カウンセリングセンターホ
ームページ.<http://counsel.osaka-shoin.ac.jp/institution.html>. 2014年6月28日現
在
- 瀬々倉玉奈 (2002) 地域における子育て・子育て支援と心理療法.大阪樟蔭女子大学カウ
ンセリングセンター 報告書.創刊号.Pp.42-46
- Stern, D. N.(1995)The Motherhood constellation: a unified view of parent-infant
psychotherapy Basic Books, New York
- Weatherston, D.J. (2000) Introduction to the Infant Mental Health Program. Shirilla,
J.J. & Weatherston, D.J. Case Studies in Infant Mental Health: Risk, Resiliency,
and Relationships. Zero to Three. Washington, D.C.
- Winnicott, D.W. (1964) The Child and the Family, and the Outside World Penguin
Books. P.88. Ll.33-36

第3章 他職種との連携・協働のための臨床心理学的アプローチの応用

第1節 従来の心理アセスメント

1. 従来の心理アセスメントの定義

母子保健事業の重要な事業の一つである乳幼児健康診査において、文字通り「アセスメント」は重要視されてきた。これに心理職は、子どもの発達検査や行動観察などを通じて、発達心理学的な観点からの「心理アセスメント」を行うことで貢献してきたことは、既述している。

ところで、心理アセスメントとは、そもそもどういう意味なのだろうか。青木（2010）は、クライアントの抱えている問題の性質や程度などを明らかにし、解決のための方針を示すための見取り図を作成することだとしている。心理アセスメント *psychological assessment* は、「心理査定」と訳される場合もあり、「見立て」といった表現も臨床心理士の間では一般的に使用されている。具体的な方法としては、行動観察法、面接法、心理検査法などがあり、いずれも、援助対象の問題を把握し、今後の援助のあり方を検討するために用いられる。特に心理検査法については、膨大なデータの蓄積に支えられた実績があり、多くの場合、知能指数 *Intelligence Quotient (IQ)* や発達指数 *developmental quotient (DQ)* などといったように、結果が数値化されることから、援助対象者の状態について他職種同士が理解する上でも共通認識をもちやすい。また、カウンセリングや心理療法におけるインテーク面接（初回面接） *intake interview* では、心理検査だけでなく、半構造化面接法などを用いて、クライアント（援助対象者）の状態や抱えている問題をアセスメントすることが行われており、そのあり方についての実践知も相当に積み重ねられている。

さらに、心理的な援助を行うためには、精神医学的診断についても理解しておく必要があり、米国精神医学会の診断基準 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR・DSM-5*（*American Psychiatric Association.2000・2013*）などによる診断名の可能性も想定した上で、実際の援助は行われている。

このような心理アセスメントは、第2章第1節で論じた転移関係の理解とともに、専門性を保ち、援助対象者の利益になる援助を行う上で必須である。

本節では、この従来の意味で使われている心理アセスメントを敢えて、「(援助対象の)心理アセスメント *psychological assessment (of clients, user)*」と呼ぶこととする。

これは、次節で論じる筆者オリジナルな観点、「援助環境の心理アセスメント psychological assessment of support environment」と区別するためである。また、便宜上、「援助対象の」に（ ）をつけているが、同様に「援助環境の心理アセスメント」と誤読しないための表記上の工夫である。

上述したように、母子保健における（援助対象の）心理アセスメントは、主に子どもの発達面を中心に行われてきたが、母子保健事業の課題が変化したことから、その（援助対象の）心理アセスメントの内容も徐々に変化してきている。次項では、この点について、筆者自身が保健センターの援助現場で親子のニーズの変化を感じて明らかにしていった過程を踏まえ、現代の母子保健における（援助対象の）心理アセスメントについて整理する。

2. 子どもの心理アセスメント

第1章において、現代の親子がおかれている状況の変化に伴い、母子保健の役割、また、そこに関わる心理職の役割も変遷してきたと述べた。これを心理アセスメントという観点からみると以下のようなことが理解できる。

図 3.1.1 は、Y 保健センターにおける母子保健システムを図式化し、主に心理アセスメントが行われる母子保健事業との関係を表したものである。各自治体によって若干の違いはあるが、おおよそこの流れで母子保健事業は行われると考えてよいだろう。「1.6 歳児健診」や「3.6 歳児健診」において、医学的なスクリーニングはもちろんのこと、心理面についても、スクリーニングとしての心理アセスメントが行われる。その後、必要に応じて「親子相談 Infant-parent Guidance」への来談となる。「親子相談」は、母子保健事業としては「乳幼児の育成指導事業」にあたり、元々は乳幼児健診のフォローアップとして位置づけられていた。筆者は、Y 保健センターが所在する都道府県で初めて継続的（非常勤職）に関わった心理職であり、その他の都道府県下においても複数の保健所・保健センターに関わった経験がある。それらの保健所・保健センターにおいても、乳幼児健診後の発達的なフォローアップとして、より詳しい心理アセスメント、発達検査をすることが多かった。

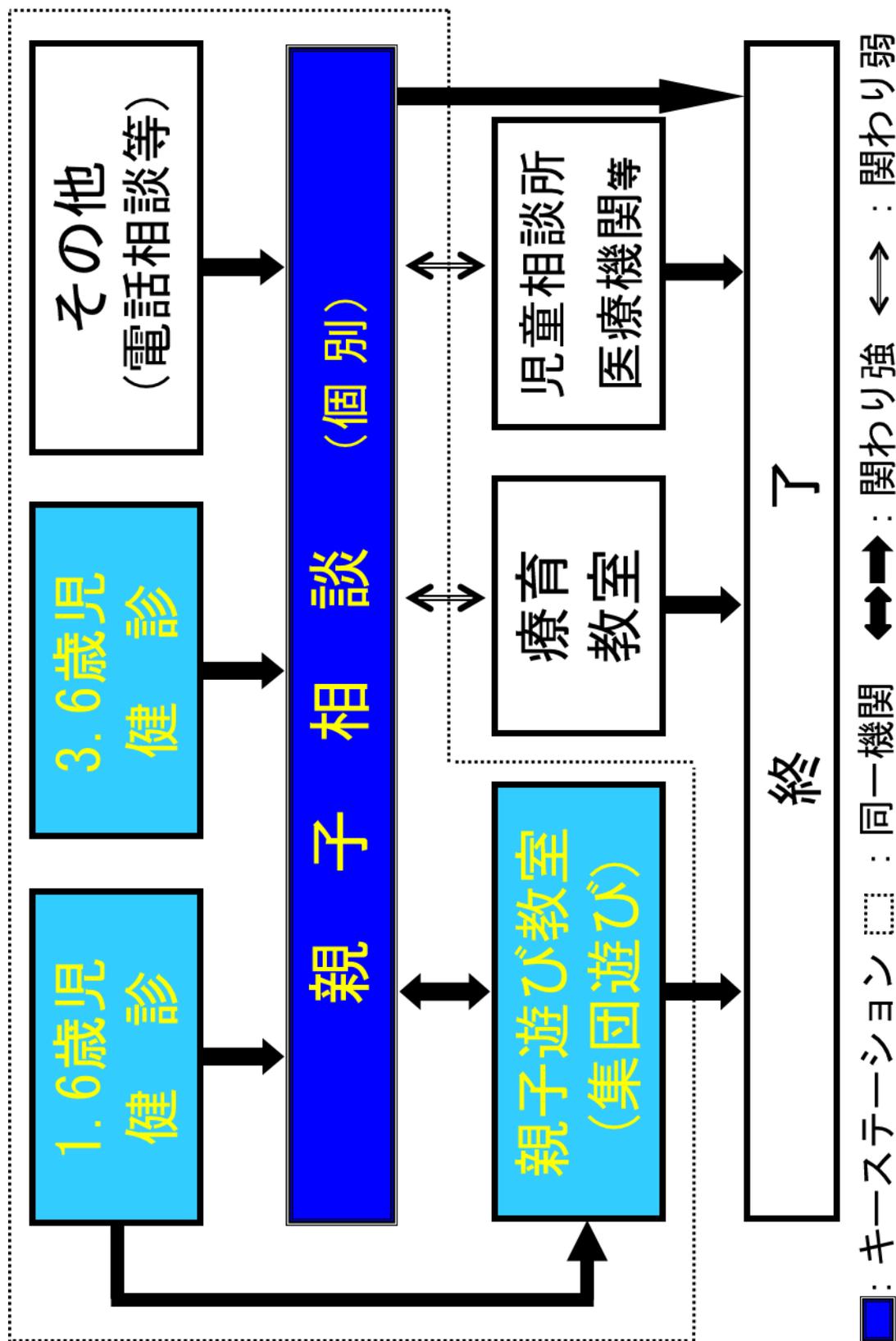


図3.1.1.Y保健センターの母子保健事業と心理アセスメントの場
(瀬々倉.2000-R)

従来の母子保健の目的であった疾病や障害の早期発見という観点から心理職に求められていたのは、いわば「子育て支援」であり、子どもの心理発達に関するアセスメント、つまり、発達検査の実施とその解説及び経過観察と指導が主な役割であった。心理職が行うアセスメントの内容は、発達心理学の知見に基づく発達テストによるスクリーニングの実施によって、言語、社会性などについて乳幼児の発達指数 DQ を算出することが中心であったと言えるだろう。

なお、子どもの発達という側面については、DSMIV-TR (American Psychiatric Association.2000) をもとにしたいわゆる発達障害 Developmental Disorders, DSM5 (American Psychiatric Association.2013) でいう Neurodevelopmental Disorders に関するアセスメントの必要性が指摘されて久しい。多くの場合、その兆候がはっきりしてくるのは4歳過ぎといわれており、これまでの3歳児健診で終了していた乳幼児健診の後に、5歳児健診を行う自治体が少しずつ増えてきている。

やがて、子育て不安の蔓延や子どもへの虐待の深刻化が問題視されるようになった頃からは、後に「子育て支援」といわれるような視点が必要となってきた。図 3.1.2 は、2000年に児童虐待防止法が制定される以前、1992年度～1997年度の5年間にY保健センターの「親子相談」に訪れた親子を対象に、対象児の発達指数と、結果的に支援を必要とした回数との関係を検討したものである。これによって、筆者が複数の保健所・保健センターに関わる中で感じていた、母子保健の中で心理職に求められている発達支援と、それに加えて心理職として感じる親子支援の必要性との違いを数値化しようと試みた。

当時は、まだ、「子育て支援」ということばが広くは知られておらず、子どもの発達面のみをターゲットとしている場合には、発達指数に問題がなければ1回で支援は終わるのが通常であった。しかしながら、1回の支援では不安を訴える養育者や、支援者自身が支援の継続を必要と考える親子が既に複数存在していたのである。筆者自身もこの現象をどう説明したものか迷いながら、日本発達心理学会において発表し(瀬々倉・林.1999)、後に論文としている(Sesekura.2004・2005)。

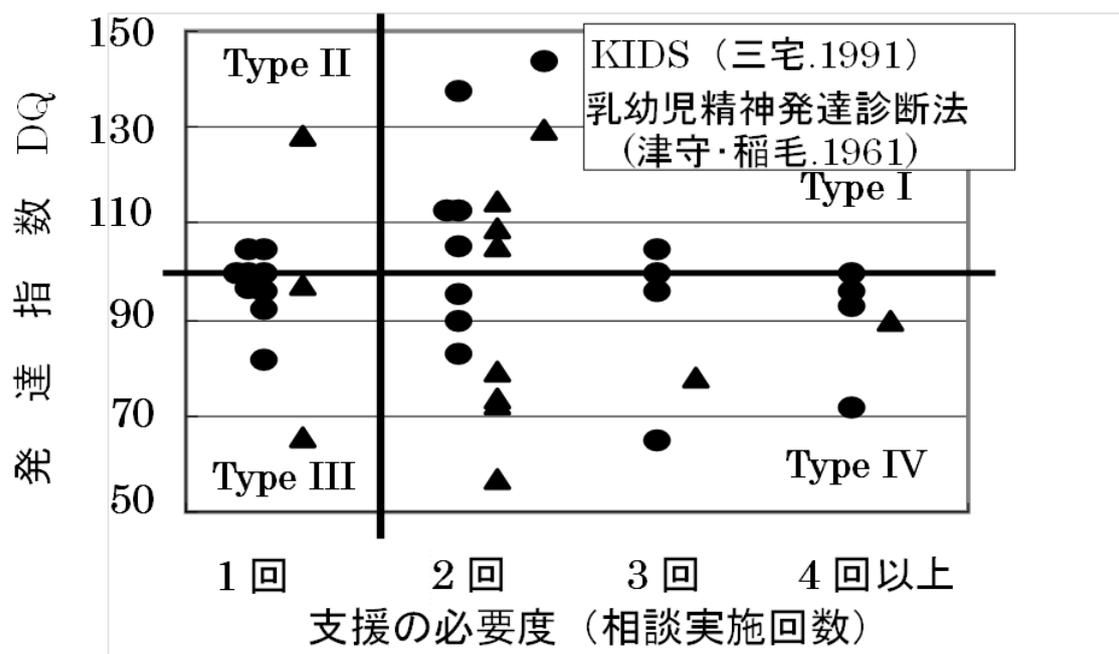


図 3.1.2 発達指数と支援の必要度のズレ (瀬々倉.1999)

具体的に説明すると、図 3.1.2 は、相談に訪れた親子の関係を示すものであり、相談実施記録(延べ 88 回、実数 52 人)を元に、子育て・子育て支援の必要度と子どもの発達の程度とを比較している。横軸は「子育て・子育て支援」の必要度として相談実施回数を用い、縦軸は発達検査による発達指数 (DQ) を用いている。発達検査を実施した数は、黒丸●で示す KIDS が n=24、黒三角▲で示す津守・稲毛式乳幼児精神発達診断法が n=12 である。

従来、発達のフォローアップとしての面接は 1 回であったため、支援の必要度の縦軸を 1 回と 2 回との間で境界線を設け、発達指数の平均的な値である DQ=100 で境界線を設けたところ、以下に示す 4 つのタイプに分けることが出来た(表 3.1.1)。

表 3.1.1 子どもの発達程度と相談回数によるタイプ分

<p>Type I : 子どもの発達程度は平均以上であるが、継続的な支援を必要とした</p> <p>Type II : 子どもの発達程度に特段問題はなく、1 回の相談で終了した</p> <p>Type III : 子どもの発達程度が思わしくないが、1 回の相談で終了した</p>
--

このなかで、**Type III**と**IV**は、従来型の発達相談の対象である。また、**Type III**には、専門機関に紹介した例が含まれている。一方、**Type I**と**II**は、従来の乳幼児発達相談では対象とされることが少なかったものである。**Type II**と**IV**とが多ければ、強い負の相関が見られるはずであるが、KIDSは $r=-.224$ 、乳幼児精神発達診断法は $r=-.162$ と負の相関は強くなく、それどころか、**Type IV**との境界線上を含めて、**Type I**が多く存在している。この**Type I**は、親子の関係性障害、親子のズレを扱う必要のある場合が含まれており、当時、今後の乳幼児発達相談に関わる者が持ち合わせておくべき新たな観点であるとした。

なお、当時は「気になる子」といった表現が子どもに関わる現場でよく使用されていたが、後の2004年に発達障害者支援法が制定されている。この観点からは、**Type I**及び**Type II**の親子の中には、子どもまたは養育者が発達障害（DSMIV-TR）を抱えているために、親子のコミュニケーションが困難な場合も含まれている可能性があり、今後は欠かせない視点である。

3. 養育者と親子関係などの心理アセスメント

前項で述べたように、以前の母子保健事業におけるアセスメントは、「子育て支援」の一環であったため、1の図3.1.2に記した内容であれば、縦の軸、つまりこどもの発達指数DQを求め、その結果から必要な援助を行うことが一般的であった。

しかしながら、同じく図3.1.2からは、子どもの発達の程度と親子の援助の必要度は必ずしも一致しないことが理解できた。つまり、母子保健における心理的支援は、子どもが育つことの支援「子育て支援」のみでは十分でなくなってきており、親子支援、「子育て・子育て支援」が必要になってきていることが示されたと理解できる。

1.で論じたように、心理的な支援は、(援助対象の)心理アセスメントに基づいていなければならない。養育者自身や親子関係の心理アセスメントの結果をもとにした「子育て支援」も「子育て支援」とあわせて必要になってきたのである。

しかしながら、保健センターにおいて、養育者を対象とした心理テストを実施することは現場に馴染まないことが多く、加藤(2004)が言うように、関わりや観察のなかから、援助につなぐためのアセスメントを行う必要がある。この際、筆者は例えばFreudの局所論を援用した仮説を立てている。心理療法には様々な流派があるが、いずれも、このフロイトの考えを基盤にして発展、または、その反論として展開されたものであるため(第2章

第 1 節参照), 心理職が臨床心理学を学んでいたとすれば, どのようなオリエンテーションを採用していようと, Freud の局所論については, 一応話が通じるはずである。

例えば, 図 3.1.3 の病態水準と関わり方の違いにあるように, 援助対象の病態水準によって必要となるアプローチは異なっており, この見立てを間違えると, 援助関係の複雑化や失敗・中断が起こりやすくなる。一般的なことばで言えば, 「親切が仇になる」といった事態を招く可能性が生じるため, 臨床心理士は大まかな形ではあっても, 援助対象者の病態水準に関する見立てと関わり方の調整をおこなっていると良い。なお, この病態水準という概念は, 米国精神医学会の診断基準 DSM (American Psychiatric Association.2000 など) の改訂過程では排除されているものの, 今もなお援助実践的には重要な概念である。

病 態 水 準	関 わ り 方
神 経 症 水 準	← “あたたかい” “親切的な”
境 界 水 準	← 限 界 設 定
精 神 病 水 準	← 薬 物 療 法 と の 併 用

図 3.1.3 病態水準と関わり方の違い (瀬々倉.2011)

次に図 3.1.4 は, Freud の局所論を前田(1985)が図式化したものである。Freud の最大の業績は無意識に関する洞察だと言われている。氷山の一角を連想させるこの図 3.1.4 は, 心には深さがあるという Freud の考え方とこころの病に関する仮説が表現されている。この理論によると, 意識レベルでは耐え難い苦痛を覚える体験や感情, 心的外傷(心の傷, ト라우マ)は, 無意識の領域に防衛として抑圧 (「臭い物には蓋」のイメージ) される。

しかし, それら抑圧されたものは消えて無くなるわけではなく, 何らかのきっかけによって意識の領域に昇って来ようとし, これが心の病の症状となると考えたのである。フロイトの治療, 精神分析は, 無意識下に抑圧されたものを安全で護られた環境の中で, 徐々に意識化する作業である。

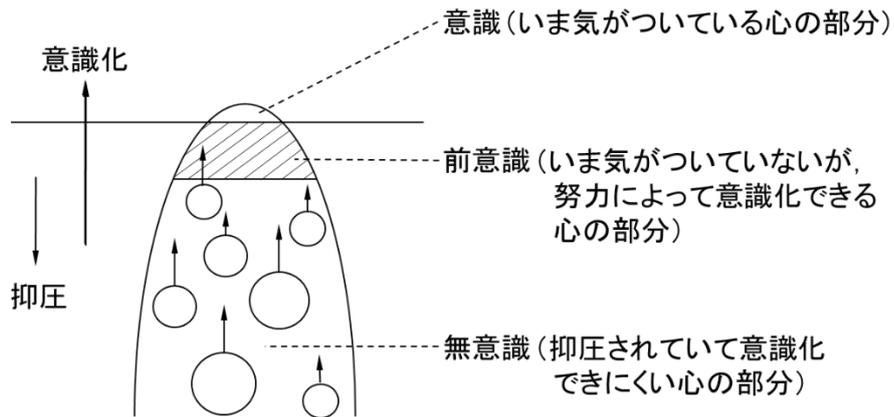
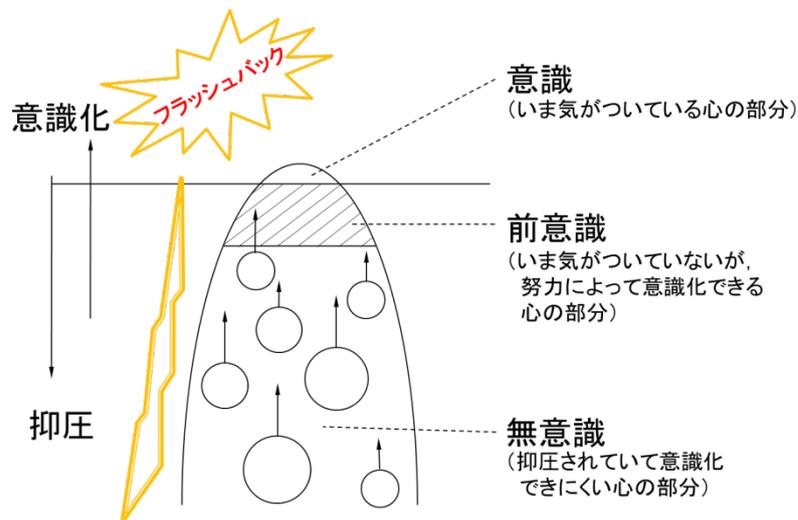


図 3.1.4. Freud, S の局所論 (前田.1985)

例えば、「フラッシュバック」と呼ばれるものも、このメカニズムで説明が可能である。子どもへの虐待について、養育者の子ども時代の被虐待関係が子どもとの関わりの中でフラッシュバックした結果によるとする指摘もなされている (稲熊.2001)。この現象を図 3.1.4 と筆者が加筆したものが図 3.1.5 である。



(出典: 図説臨床精神分析学 前田重治 誠信書房 p3に筆者加筆)

図3. 1. 5. Freud, S. の心の局所論とフラッシュバック

さらに、図 3.1.5 をもとに、被援助者の状態に関する心理アセスメント(仮説, 見立て)と実際の関わり(アプローチ)との水準について、オーソドックスな心理療法と母子保健事業における臨床心理学的アプローチの比較を試みたのが、図 3.1.6 である。

心理職のみが行ういわゆる心理療法等の場合、基本的に見立てと実際のアプローチの領

域は一致している。これに対して、母子保健事業の中で行う援助の場合には、被援助者は親子であり、子どもが育つことへの支援(子育て支援)と子育てをしている養育者への支援(子育て支援)という、時に矛盾する方向の支援を必要とする内容を同時並行的に行う必要がある。このことを図 3.1.6 では見立て(アセスメント、仮説)としては無意識レベルまで観るものの、実際の関わり、アプローチは、意識・前意識レベルで行う必要があると表現している。これにより、言葉がけやアドバイスのあり方が異なってくる。

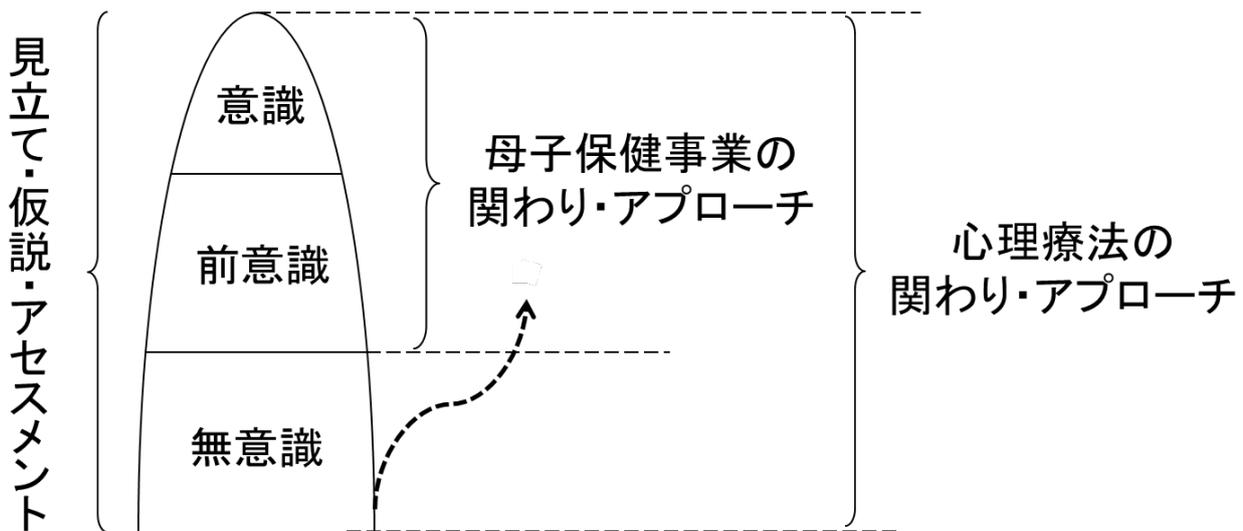


図 3.1.6 子保健事業と心理療法における見立てと関わり (瀬々倉.2011-R)

なお、母子保健の場で養育者自身への心理テストを実施することは困難であり、ここに記したような方法で、主に面接と観察によるアセスメントのみを行う場合が殆どであったが、2007年に開始された「乳児家庭全戸家庭訪問事業(こんにちは赤ちゃん事業)」においては、「育児支援チェックリスト」や「エジンバラ産後うつ病質問票(EPDS)」(Cox, Holden. & Sagovsky.1987)、「赤ちゃんへの気持ち質問票」(鈴宮・山下・吉田.2003)など、養育者自身を対象としたアセスメントによるスクリーニングを行う自治体も増えてきている。しかしながら、これはあくまでもスクリーニングの一環であり、継続して心理職が援助を行うのであれば、上述したようなアセスメントが必要になってくることに変わりはない。

また、(援助対象の)心理アセスメントのツールとして上記した心理検査や診断基準の他に、虐待的な親子関係を含めた関係性障害などにも着目した乳幼児と養育者の診断基準を米国のZERO TO THREE(2005)が発行しており、参考になる。

さらに、「子育て・子育て支援」において行うべき（援助対象の）心理アセスメントの一つとして、親子にとってのソーシャル・サポート資源があげられる。これは、例えば、配偶者の子育てへの関わり方であるとか、身近に親子をサポートしてくれるような配偶者以外の家族（実家など）がいるかどうか、家族以外でも理解者がいるかどうかなどの「情緒的なサポート資源」と、子どもを預かってくれる場所や人の存在や情報提供をしれくれるなどの実際的な援助行動、「道具的なサポート資源」の2つに分けられる（菅原.2012）。この2つのサポート資源は両方とも必要であり、これらを把握することで、援助のあり方に幅が出ると考えられる。

以下は、図 3.1.1 内に示されている「親子相談 Infant-parent Guidance」の内容とその対応を整理したものである（瀬々倉 2004b）。心理療法において、相談者(クライアント)が相談をしようとする主な理由を主訴と呼ぶが、この図中の「親子相談」の中で語られる親の主訴は、まさに「子育て不安」の指す内容の幅広さと重なるかの如く以下のように多岐にわたっている。

- ① トイレット・トレーニングや指しゃぶりについての相談など育児方法の相談に近いもの
- ② ことばの遅れなどの一般的な発達相談
- ③ 頭打ちや夜驚等子どもの神経症的な問題に関する心理相談
- ④ 深刻な子育て不安を抱え、極端な場合は子どもの虐待に至ってしまう可能性がある親の心理相談
- ⑤ 発達障害に関する相談

これらの主訴への対応として、例えば、以下のようなものが考えられる。

- ① の育児方法の相談については、具体的な育児知識提供を親に対して行う指導助言的な関わり（ガイダンス）
- ② の発達相談に対しては、発達促進的なアプローチ
- ③ や④ などの心理相談に対しては、心理療法的なアプローチ
- ⑤ 専門機関との連携による、発達のフォロー

③ や④ の同じ心理療法的な関わりについても、対象になる親子の状態、問題の程度や質の違いに応じて、遊びを通して直接子どもに働きかけることで問題を解消しようとする場合（セラピューティックな遊び）、親子共に遊ぶことによって関係性を育てようとする

る場合（乳幼児－親心理療法に近いもの）など、様々な対応が必要になる。また、幾つかの主訴が重複する場合もあり、対応は非常に複雑なものとなる。

対応が複雑にならざるを得ない背景には、「主訴」の位置づけが挙げられる。子どもに関する相談は、どうしても親の主訴だけが前面に出てしまいがちであるが、実は親の主訴と子どもの主訴とは必ずしも一致していない。

例えば、親が「この子はおかしいし、可愛くない。わざと自分を怒らせる」といった主訴に直面していたとしよう。「子育て支援」の観点から言えば、親の苦しさやイライラはどこから来るのかを共に考え、その時々気持ちを客観化できるようサポートすることは重要である。その際に、親自身の親との関係での傷つきが子どもとの関係に影響しているかもしれないと考える世代間伝達（渡辺.2000）や、Fraiberg（1975）の「赤ちゃん部屋のお化け *ghosts in the nursery*」などの概念も十分助けになるだろう。親がこういった状態にある場合、自分の子どもを目の前にしながらも、みているのは現実の子どもではなく、心の中の子どもイメージ、つまり心的な現実である場合もある。個人の心理療法の場合であれば、当面の間、親の心的な世界を扱うことが中心になっていく。親の主訴に寄り添うことなく、問題を解決しようとすれば、却って問題の潜伏化や深刻化を招くことは既に知られている事実である。しかしながら、この作業には非常に多くの時間とエネルギーとを要し、その間にも子どものおかれている状態は、より深刻化してしまう可能性がある。

一方、親がこういった状態にある場合、子どもの主訴はどのようなものになるのだろうか。例えば、十分に関わって貰えないために情緒形成が未熟で、その場に相応しい感情表現の仕方が分からない状態にあるかもしれないし、何時怒られるのか分からないので常に緊張しており、さらに親を怒らせるような失敗を繰り返しているかもしれない。また、様々な経験が不足してしまい、とても不器用である場合もあるかもしれない。こうした場合、親が育つのを待っているだけの時間的余裕はなく、子ども自身が育つことへの支援、「子育て支援」が同時に必要になってくる。特に、乳幼児期は言葉の獲得や心身の発達など、本来の成長のスピードが速く課題も多い時期である。また、児童期以降よりも環境からの影響をより強く受ける時期でもあり、対応に急を要することが多い。親の主訴だけを捉えていては、子どもの育ちに大きな禍根を残す可能性があることは、連日のように報道される虐待事件の例からも明らかである。

このように、親の主訴と子どもの主訴に対応するためには、「子育て支援」と「子育て

支援」との両方が必要であるが、その方向は必ずしも一致するとは限らず、矛盾する対応を迫られることがしばしば発生する。

4. (援助対象の)心理アセスメント

前項 1~3 において、母子保健の役割の変遷に伴い、心理職が行うべき援助対象の心理アセスメントは、主に乳幼児の発達心理学的なアセスメントであった時代から、それに加えて、乳幼児－養育者間の関係性と養育者自身に対する発達心理学的な側面や臨床心理学的な側面からのアセスメントが必要になった経緯を述べた。さらに、必要な対応の大まかな例を挙げ、非常に複雑で柔軟な対応を性急に求められることについても論じた。

それらをもとに、母子保健をはじめとした現代の子育ち・子育て支援において必要とされる（援助対象の）心理アセスメントの内容を整理すると、以下のようになる。

子どもの情緒・発達 + 養育者の情緒・発達・親子関係・親子の関係性・
ソーシャル・サポート資源

ところが、これまで論じてきた「(援助対象の)心理アセスメント」の対象の拡大だけでは、心理的な援助だけを目的とするいわゆるカウンセリングセンターなどとは異なるスタッフ、機能を有している機関において、臨床心理学的な観点を応用するには不十分である。

次節では、その対応にあたって「(援助対象の)心理アセスメント」とともに必要な「援助環境の心理アセスメント」について述べる。

文献

青木紀久代 (2010) 心理アセスメントとは. 青木紀久代編著. 徹底図解臨床心理学. 新星出版 Pp.38-39.

American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. American Psychiatric Pub. Washington, DC

American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR. American Psychiatric Pub. Washington, DC

Cox, J.L., Holden, J. M. & Sagovsky, R. (1987) Detection of postnatal depression.

- Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, Pp.782-786. 岡野禎治・村田真理子・増地聡子ほか
(1996) 日本版エジンバラ産後うつ病自己評価票 (EPDS) の信頼性と妥当性. *精神科診断学* 7. Pp.525-533
- Fraiberg, S. (1975) Ghosts in the nursery. *Journal of American Child Psychiatry*, Vol.14. Pp.387-422
- 稲熊均 (2001) 初めに. 連載・母たちの傷. 東京新聞特別報道部編. 連鎖・児童虐待. 角川書店. P.7, Pp.95-96
- 加藤道代 (2004) 保健センターにおける子育て支援 - 発達相談・心理相談の立場から -. 地域における育児サポートと育児行動のインターフェースに関する研究. 平成 13 年度～15 年度科学研究費補助金研究成果報告書. Pp.142-151
- 前田重治 (1985) 図説臨床精神分析学. 誠信書房. P.3
- 三宅和夫 (1991) KIDS (キッズ) 幼児発達スケール. 発達科学研究教育センター
- 瀬々倉玉奈・林美奈子 (1999) 乳幼児発達相談にみられる親子のズレ - K 保健センターにおける最近 5 年間の分析 -. 日本発達心理学会. 第 10 回大会発表論文集. P.233
- 瀬々倉玉奈 (2004) 「子育て不安」に関わる三者の「現実」 - 保健センターにおける「子育て・子育て支援」現場から -. 山本登志哉・伊藤哲司編著. 現代のエスプリ 特集 現実に立ち向かう心理学. 現代のエスプリ. 第 449 号. 至文堂
- SESEKURA, T. (2004) Support for children and parents at Maternal and Child Health Service. *Educare (The Journal of Infancy Education)*. vol.24. Department of Early Childhood Education, Osaka Kyoiku University. Pp.1-11
- SESEKURA, T. (2005) Tro giup tre va cha me: Kinh nghiem rut ra tu mot trung tam y te cong cong dua vao cong doag. (子育て・子育て支援 - 市町村の保健センターにおける実践経験から - (ベトナム語)). 編者: Vu Dung・Phan Thi Mai Huong・Ito Tetsuji・Yamamoto Toshiya (ドー・ロング・ティ・マイ・フォン・伊藤哲司・山本登志哉). Hanoi: Nha Xuat Ban Tu Dien Bach Khoa (ハノイ: 百科事典出版社ベトナム). Pp.46-69
- 瀬々倉玉奈 (2011) 母子保健領域における心理職の役割に関する事例研究 - 鳥取県 X 市保健センターでのインタビュー調査 -. 神戸大学大学院人間発達環境学研究科 研究紀要. 第 5 巻 1 号. Pp.53-66.
- 菅原ますみ (2012) 子育てに関するソーシャル・サポートのアセスメント. 松本真理子・金子一史編著. 子どもの臨床心理アセスメント 子ども・家族・学校支援のために. 金剛出版 Pp.83-87
- 鈴宮寛子・山下洋・吉田敬子 (2003) 出産後の母親にみられる抑うつ感情とボンディング障害. *精神科診断学* 14 (1). Pp.49-57
- 津守真・稲毛教子 (1961) 乳幼児精神発達診断法. 大日本図書

渡辺久子（2000）母子臨床と世代間伝達.金剛出版

ZERO TO THREE (2005) Diagnostic Classification, 0-3. Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood: Revised edition (DC:0-3R.-Rev.). ZERO TO THREE Press. Washington, D.C

第2節 援助環境の心理アセスメント

本節では、他職種との協働による臨床心理学的アプローチの応用の際、従来から実施されている「(援助対象の)心理アセスメント」に加えて特に必要であると筆者が提唱している「援助環境の心理アセスメント」について論じる。

1. 援助環境の心理アセスメントの必要性

前節においては、「子育て・子育て支援」という新しい枠組みに伴って変容してきた「(援助対象の)心理アセスメント」について述べてきた。いわゆる個人心理療法のみを目的とした機関・組織においては、従来型の「(援助対象の)心理アセスメント」だけを行っていてもさほど問題はなく、援助対象者の問題の深刻度がセラピストの力量をはるかに越える状態であったり、セラピストの妊娠・出産や重い疾病などといった事態が発生したりするなど何か特殊な状況が起きたときにのみ、援助者側の要因も意識されるというのが一般的である。

しかしながら、心理療法のみを目的としていない機関や組織において、臨床心理学的なアプローチを実施しようとする場合、また、多(他)職種との協働による援助を実施しようとする場合には、(援助対象の)心理アセスメントに加えて、筆者の提唱する援助環境の心理アセスメントが必要である。

従来、臨床心理学の分野で行われてきた事例に関する報告や研究は、下山(2000)や三沢(1997)によるインタビューの中でインタビューの受け手である山本和郎氏が指摘するように、いわゆる個人面接による心理療法に関するものが大半であった。それらは、クライアントに対するアセスメント((援助対象の)心理アセスメント)にもとづいて行った心理療法過程における、クライアントーセラピストの二者間に生じたことのみ注視されがちである。第2章の第1節で既に論じているが、こうした傾向の中で、小此木(1981)が精神分析医の立場から治療構造論という視点を提示し、心理療法に関わるあらゆる要素がその展開に影響を及ぼすと指摘したことは、画期的なことである。小此木は、治療構造を空間的、時間的な要因等に関わる「外面的構造」と面接のルール等に関わる「内面的構造」とに分け、そのどちらもが心理療法を行う上で重要な意味をもつとして、心理療法において治療構造がクライアントとセラピストとの関係に及ぼす影響を認識しておくこと

の重要性を指摘している。

ところが、小此木が具体的にあげている外面的構造や内面的構造は、面接に直接的に関わる部分が重視されており、組織や機構といった側面については多く語られてはいない。これは、敢えてクライアントを現実的な生活から切り離すことによって、面接室という特殊な空間の中で、セラピスト（正確にはアナリスト）との間に生起する転移関係という、ある種濃厚な関わりを軸に展開する精神分析から治療構造論が生まれたことにも由来すると考えられた（瀬々倉.1998）。

そこで、筆者（瀬々倉.1998）は、小此木の治療構造論を援用した「治療構造を抱える枠組み」という視点を提示し、全国の大学における心理相談室運営について調査した結果を検討している。ここで、「治療構造を抱える枠組み」とは、所属組織や機構における心理相談室の位置づけや運営方針、心理相談室に直接関わるスタッフ構成等、非常に現実的な構造や枠組みを指しており、クライアントのアセスメントのみではなく、相談室の組織的な面からも心理相談について再検討する必要性を訴えたものである。

一方、スクール・カウンセリングや災害・犯罪による被害者支援、本研究のテーマである「子育て・子育て支援」など、臨床心理学的な観点を用いた援助を必要としている現場は、近年多岐に渡るようになってきており、必ずしもオーソドックスな心理療法のみが有効な援助手段であるとは限らないのが現状である。この点について、亀口(2000)や下山(2000)らが、個人面接による心理療法という手法に固執しているかのように見える現状から発想の転換の必要性を先駆的に唱えており、現在は、時代の変遷を受けて、子育て支援分野をはじめ、様々な分野で心理職と他職種との協働が重要なテーマとなるに至っていることは、先述の通りである。

かつて、筆者自身も、臨床心理学的な観点に立った心理療法にこだわらない援助について試行しながら、心理療法の特殊性とそれにもなう危険性とをもとに考察し、治療的枠組の遵守を訴えた（瀬々倉.1996）。また、筆者は、十数年余りの臨床経験の中で、大学内の心理相談室において心理療法による援助を行うことと並行し、保健所、保健センター、小児科医院等においても援助活動を行ってきているが、今から振り返ってみると、臨床心理学分野の多数派を占める心理療法中心主義ともいえる考えに染まっていた感がある。

その後、様々な経験を経るうちに、保健所、小児科医院等には、保健師、医師、看護婦等その場特有の専門スタッフがおり、その場特有の目的のもとに組織が運営されているという、今から思えばごく当たり前の事柄に気が付くことになる。やがて、その組織特有の

状況を把握した上で、臨床心理学を学んだ筆者に何が出来るかを検討する必要があると考えるに至り、心理的援助のあり方を検討する際にも、その可能性と限界とが、「治療構造を抱える枠組み」によって規定されると指摘している（瀬々倉.1998）。

ところが、治療構造という用語自体が、先に述べたように精神分析から生まれたものであり、医学モデルに則った言葉であることを考慮すると、心理療法に固執しない援助を考えながら、「治療構造を抱える枠組み」という用語を掲げることは、理論的な矛盾をはらんでいる。また、「治療構造を抱える枠組み」があくまでも構造的な側面を見ようとしているのに対し、さまざまな条件下で援助を行おうとする際には、援助を行う側についてさらに多角的に捉えることが必要であると考えに至り、「治療構造を抱える枠組み」という用語を破棄し、試案として「援助側のアセスメント」（試案）とした（瀬々倉.2000）。しかし、「援助側のアセスメント」という用語は、援助側のスタッフに対して心理テストを実施するかのような誤解が生じたことから、2004年に「援助環境のアセスメント」と改称し（瀬々倉.2004）継続して使用してきた。

今回、改めて他職種との協働や臨床心理学的アプローチの応用において、この観点を整理した結果、「援助環境の心理アセスメント」とすることが適切であると考えに至った。それは、「アセスメント」ということばを使うか否かは別として、他職種との協働の中で行う援助においては、どの職種も自らの専門性にもとづく、「アセスメント」または、「見立て」を行うはずだからである。同様の考えから、（援助対象の）アセスメントについても、「（援助対象の）心理アセスメント」としている。

本来、上述した「援助環境の心理アセスメント」の必要性は、いわゆる心理療法によって援助を行う際にも必要な観点であるが、臨床心理学の知見を応用した援助活動を行おうとする際に、より重要性を増してくる。

従来心理療法では、セラピストが既に形成されてしまったクライアントの症状や問題を扱い、クライアントが相談機関に通うという形態をとっている。その中では、時間枠や面接の頻度など、既に一定の枠組みが形成されており、臨床心理学的な援助を行う者の役割も比較的明確である。それに対して、心理相談を中心としない機関などにおいて援助を行う場合には、多岐に渡る条件の下に、単なる善意だけではなく、臨床心理学的な専門性と一貫性とを保持した援助を維持することは難しく、（援助対象の）アセスメントが重要性を増すことと同様に「援助環境の心理アセスメント」の重要性も増し、援助の可能性と

限界とを確認しておく必要性が増大するのである。

その理由の一つは、第2章第1節で述べたように、心理療法においては、転移現象という特殊な人間関係が濃厚に展開されることから、治療的枠組みを護らなければ、クライエントセラピスト共に危険にさらされる場合があり、これを回避するためには、従来の心理療法の枠組みと、これから援助を行おうとする現場がどのように異なるのかを理解する必要があるからである。また、その援助機関と他職種のスタッフの特性を理解することによって、心理職のみでは行えないような新たな援助の可能性が開かれるからでもある。

2. 援助環境の心理アセスメントの定義と内容

本項では、1.で述べた「援助環境の心理アセスメント」の具体的な内容や方法について記載していく。この内容は、約20年間の日々の援助実践とそれを客観化する研究活動とを往来する過程、換言すれば、ある種の仮説と検証の繰り返しの過程で徐々に整理、修整されてきたものであるが、便宜上、まとめて記すこととする。

まず、表3.2.1に、援助環境の心理アセスメントの定義を記す。

表 3.2.1 「援助環境の心理アセスメント」 定義

従来の心理アセスメントを「(援助対象の)心理アセスメント」とし、それに
対応するものとして「援助環境の心理アセスメント」と呼称する。

換言すれば、援助を行う現場について理解し、そこに関わるスタッフを理解
することにより、その現場で実施する援助の中で、臨床心理学的なアプローチ
がどのように貢献しうるのかを考え、さらに、多(他)職種との協働のあり方
を模索する作業、プロセスであり、(援助対象の)心理アセスメントと併せて行
うものである。

従って、心理職が他職種との協働によって行う援助や、従来型の個人心理療
法が馴染まない現場において臨床心理学的援助を行う場合に特に必要な作業
である。

表 3.2.2 に、具体的なアセスメントの項目とその実施方法について記す。Ⅰ.組織に関
する側面、Ⅱ.スタッフに関する側面、Ⅲ.援助構造に関する側面の3つの側面に大別され
る項目について、「実施方法」に記した個人心理療法の技術などを応用して把握する。な
お、より具体的な方法、例については、第4章において提示する。

表 3.2.2 「援助環境の心理アセスメント」内容と実施方法

3つの側面		I.組織に関する側面	II.スタッフに関する側面	III.援助構造に関する側面
アセスメント項目	①	組織の位置づけ	職種・職制	協働スタッフの、援助対象の見立て方・アプローチ
	②	組織における援助活動の位置づけ	常勤・非常勤などの勤務条件	スタッフ間の関係
	③	組織と他機関との連携状況	現時点での職業上の経験や能力	パーソナルな部分も含めた状況
	④			援助関係
実施方法		個人心理療法におけるジェノグラム作成を応用し、援助システム図を作成	個人心理療法におけるインタビュー面接技術などを応用し、協働スタッフの職制や勤務条件、経験などを客観化・共有化	個人心理療法における面接技術（解釈・明確化など）や逆転移分析の考え方を応用し、協働スタッフの専門的な文脈・アプローチ法を客観化（視覚化）

また、表 3.2.3 のように、主に実施する時期によって、援助環境の心理アセスメントを大きく 2 段階に分けることが可能である。ただし、援助対象及び援助環境の心理アセスメントは共に、必要に応じて繰り返し行うものである。

表 3.2.3 援助環境の心理アセスメントと実施時期

	I. 組織に関する側面			II. スタッフに関する側面			III. 援助構造に関する側面			
	①	②	③	①	②	③	①	②	③	④
参入期	*	*	*	*	*	*	*			
事例別					*	*	*	*	*	*

心理職の参入期における援助環境の心理アセスメント：

ある支援機関に心理職として関わり始める時期に実施する。この時点で、I.「組織に関する側面」II.「スタッフに関する側面」について理解しようとする姿勢や作業のプロセス自体が、他職種との協働関係を生成するためのプロセスともなる。この

時点で、援助活動における心理職の役割について大まかな方針をたてる。

事例ごとの援助環境の心理アセスメント：

個々の援助事例についてその都度行う。この段階を経て、援助対象にあった援助方針を立て実践する。

表 3.2.1～表 3.2.3 において記載した、援助環境の心理アセスメントの定義及びその内容をみると、援助環境の心理アセスメントを行う行為自体が、他職種との協働関係の生成の過程ともなることが理解できる。このことについては、第 4 章において改めて検討する。

次に、図 3.2.1 は、上述した（援助対象の）心理アセスメントと援助環境の心理アセスメントとを用いたアプローチのイメージ図である。子育て・子育て支援をはじめとした、他職種との協働による援助において、臨床心理学的なアプローチを応用しようとする際には、2 つのアセスメントをあわせて実施し、2 つのアセスメント結果が重なる部分を用いて、実際の援助活動を行うべきである。例えば、（援助対象の）心理アセスメント結果としては、従来通りの個人心理療法を行う必要が示されたとしても、その援助機関に関する援助環境の心理アセスメント結果と合致しなければ、個人心理療法自体は他機関で行い、2 つの心理アセスメントが合致する部分について、何ができるかを考えることになる。

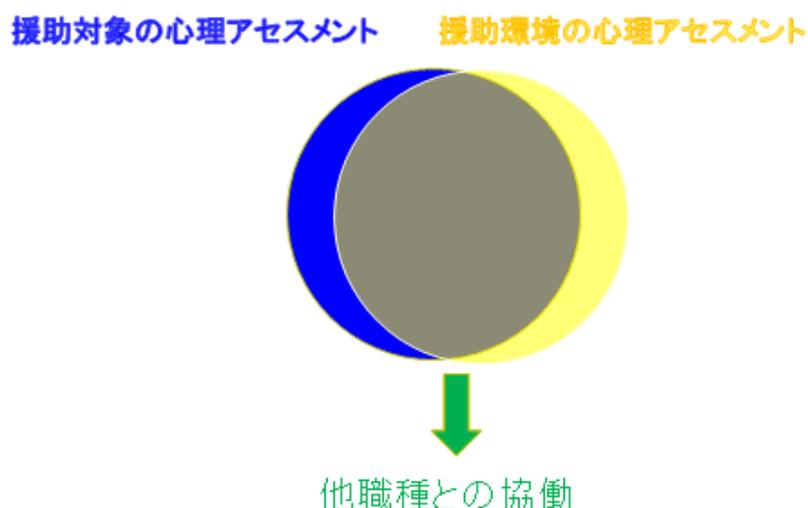


図3.2.1. 援助対象+援助環境の心理アセスメントによる援助

さらに、**図 3.2.2** は、本章で論じた従来からの心理アセスメント「(援助対象の) 心理アセスメント」と、「援助環境の心理アセスメント」との関係について、特に母子保健における子育て・子育て支援を意識して具体的に整理したものである。従来の母子保健の目的、「子育て支援」では、「子どもの情緒・発達」、中でも発達面のアセスメントが中心に行われていたが、「子育て・子育て支援」という目的へと変化してきたことから、「子どもの情緒・発達」に加えて、「養育者の情緒・発達」面に関するアセスメント、および、「親子関係や親子の関係性」に関するアセスメント、さらには、「ソーシャル・サポート資源」についてもアセスメントを行う必要が出てきている。それら「(援助対象の) 心理アセスメント」と並行して、「援助環境の心理アセスメント」を行う必要があることを示した図である。また、「援助環境の心理アセスメント」については、3つの側面とそれぞれに属する項目、さらには、実際に援助環境の心理アセスメントを行う際に活用する個人心理療法で積み重ねられた知見についても記載している。

これら、本章で論じたことをもとに、次の第4章では、Y保健センターをモデルとして、援助環境の心理アセスメントのプロセスを検討していく。

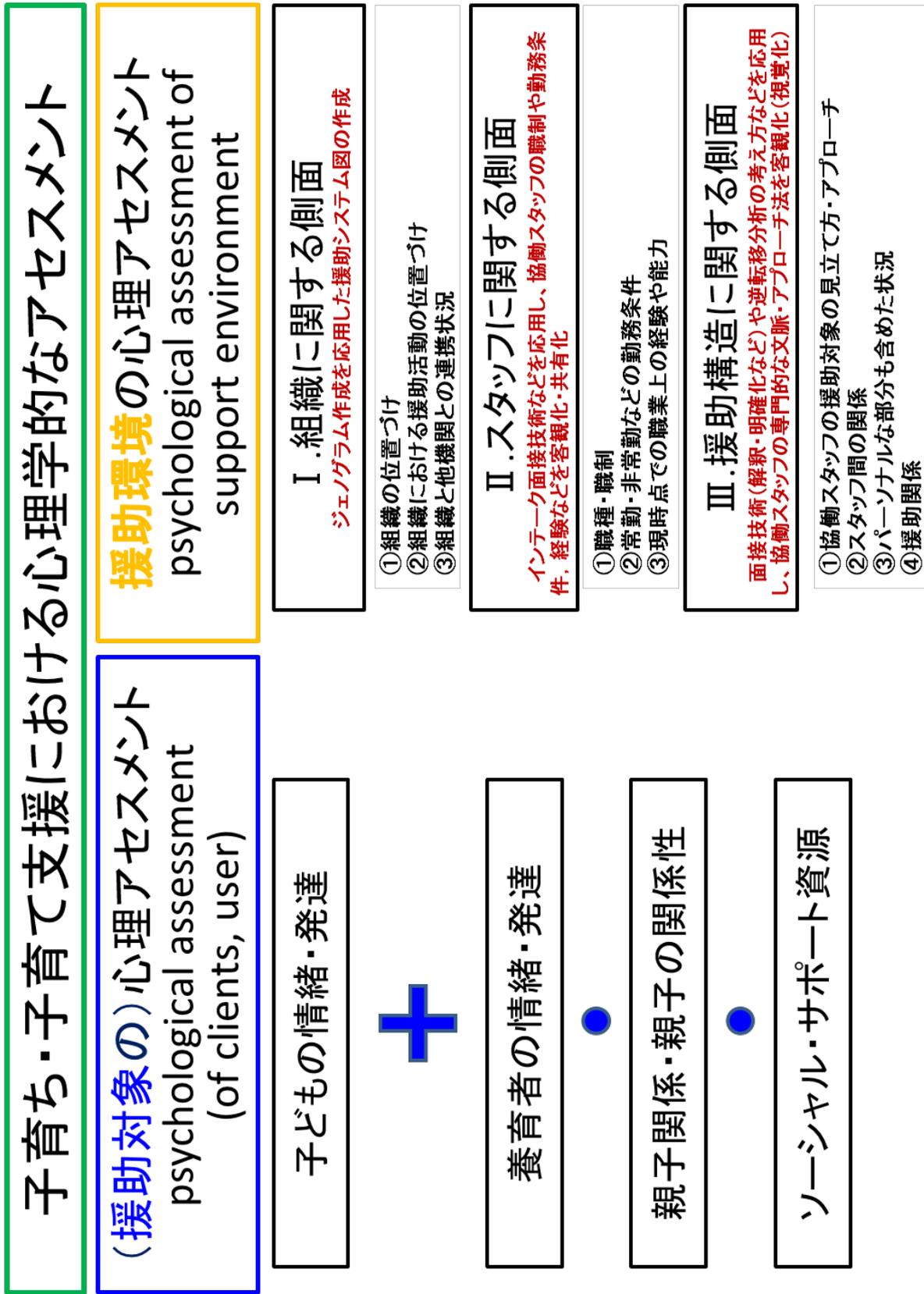


図3.2.2. (援助対象) ・ 援助環境の心理アセスメント関係図

文献

- 岩崎徹也・相田信男・乾吉佑・狩野力八郎・北山修・橋本雅雄・馬場禮子・深津千賀子・皆川邦直 編.(1990) 治療構造論. 岩崎学術出版社.
- 亀口憲治(2000)家族臨床心理学 ―子どもの問題を家族で解決する.東京大学出版会
- 三沢直子 (1997)日本におけるコミュニティ心理学の動向―山本和郎氏に聞く―.心理臨床 10(3). Pp.136-142
- 中村伸一 (2002) ジェノグラムの書き方：最新フォーマット.家族療法研究. Vol.19. No.3. Pp.259-262
- 小此木啓吾 (1981) 精神療法の構造と過程その 1・その 2. 小此木啓吾・岩崎徹也・橋本雅雄・皆川邦直 編著.精神療法の基礎.岩崎学術出版社.Pp.1-83
- 下山晴彦(2000)心理臨床の発想と実践.岩波書店
- 瀬々倉玉奈(1996)臨床心理学的観点に立った援助法に関する一考察 ―心理療法の特殊性とそれにともなう危うさを中心に―. 奈良女子大学文学部研究年報 40.Pp.143-158
- 瀬々倉玉奈(1998)大学における心理相談室運営の実態調査 ―奈良女子大学心理教育相談室の充実化に向けて―.奈良女子大学文学部研究年報 Vol.42.Pp.153-168
- 瀬々倉玉奈 (2000) 援助側をアセスメントするという事 試案(1) ―連携スタッフとの対話から生まれる援助の可能性と限界―.京都国際社会福祉センター紀要 発達・療育研究.第 16 号.Pp.27-41
- 瀬々倉玉奈 (2004)「子育て不安」に関わる三者の「現実」―保健センターにおける「子育て・子育て支援」現場から―.山本登志哉・伊藤哲司編著.現代のエスプリ 特集 現実に立ち向かう心理学.現代のエスプリ.第 449 号.至文堂

第4章 Y保健センターに関する援助環境の心理アセスメント

本章では、ある自治体において初めての心理職として筆者が関わったY保健センターを例に、第3章で論じた「援助環境の心理アセスメント」の実際を検討する。本来の援助環境の心理アセスメントは、援助実践の最中やカンファレンス、研究会、懇親会、雑談など様々なコミュニケーション過程を通して段階的に行われるが、本章では、会議録やこれまでの学会発表資料（瀬々倉・奥本・三宅.2000, 瀬々倉・林・安部・奥本・三宅.2001, 瀬々倉・林・奥本.2003, etc.）、また、筆者の協働スタッフである保健師・保育士を対象に、改めて対話形式のインタビュー調査を実施した結果（瀬々倉.2000）をもとに整理した。

本章で実施した対話形式のインタビューは、他職種との協働関係を築くために心理職として必要であった作業の過程をふり返り、その作業の再現を試みたものである。

第1節 援助環境の心理アセスメント：Ⅰ.組織に関する側面

先の第3章第2節において、援助環境の心理アセスメントについて論じているが、ここで、その内容と実施時期に関する表を再掲する（表4.1.1：表3.2.2再掲・表4.1.2：表3.2.3再掲）。

表4.1.1 「援助環境の心理アセスメント」内容と実施方法（表3.2.2再掲）

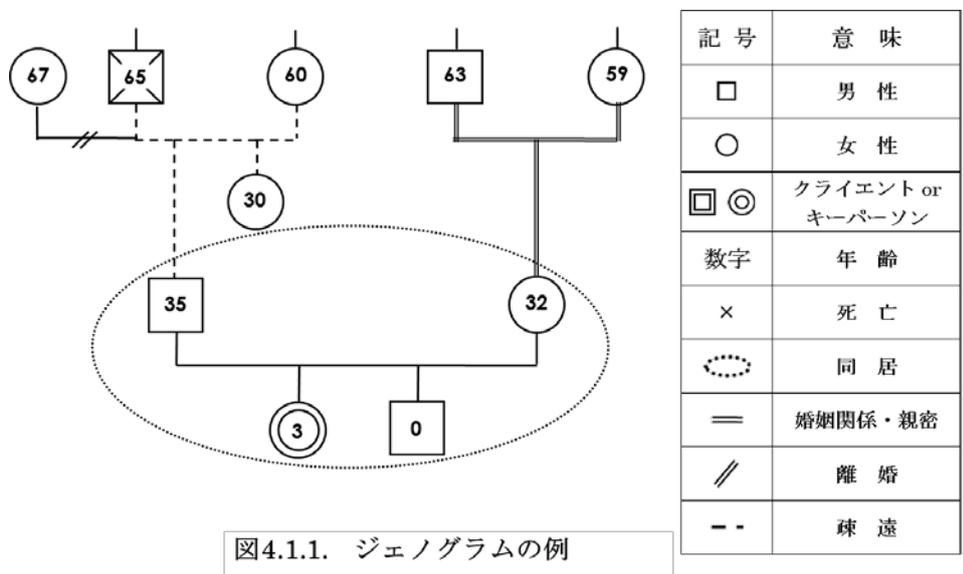
3つの側面		Ⅰ.組織に関する側面	Ⅱ.スタッフに関する側面	Ⅲ.援助構造に関する側面
アセスメント項目	①	組織の位置づけ	職種・職制	協働スタッフの、援助対象の見立て方・アプローチ
	②	組織における援助活動の位置づけ	常勤・非常勤などの勤務条件	スタッフ間の関係
	③	組織と他機関との連携状況	現時点での職業上の経験や能力	パーソナルな部分も含めた状況
	④			援助関係
実施方法		個人心理療法におけるジェノグラム作成を応用し、援助システム図を作成	個人心理療法におけるインテーク面接技術などを応用し、協働スタッフの職制や勤務条件、経験などを客観化・共有化	個人心理療法における面接技術（解釈・明確化など）や逆転移分析の考え方を応用し、協働スタッフの専門的な文脈・アプローチ法を客観化（視覚化）

表4.1.2 援助環境の心理アセスメントと実施時期（表3.2.3再掲）

	Ⅰ. 組織に関する側面			Ⅱ. スタッフに関する側面			Ⅲ. 援助構造に関する側面			
	①	②	③	①	②	③	①	②	③	④
参入期	*	*	*	*	*	*	*			
事例別					*	*	*	*	*	*

本節では、援助環境の心理アセスメントのうち、まずは、心理職がその組織に参入する際に必要な作業である、「Ⅰ.組織に関する側面」のアセスメントについて、Y保健センターを例に具体的に示す。

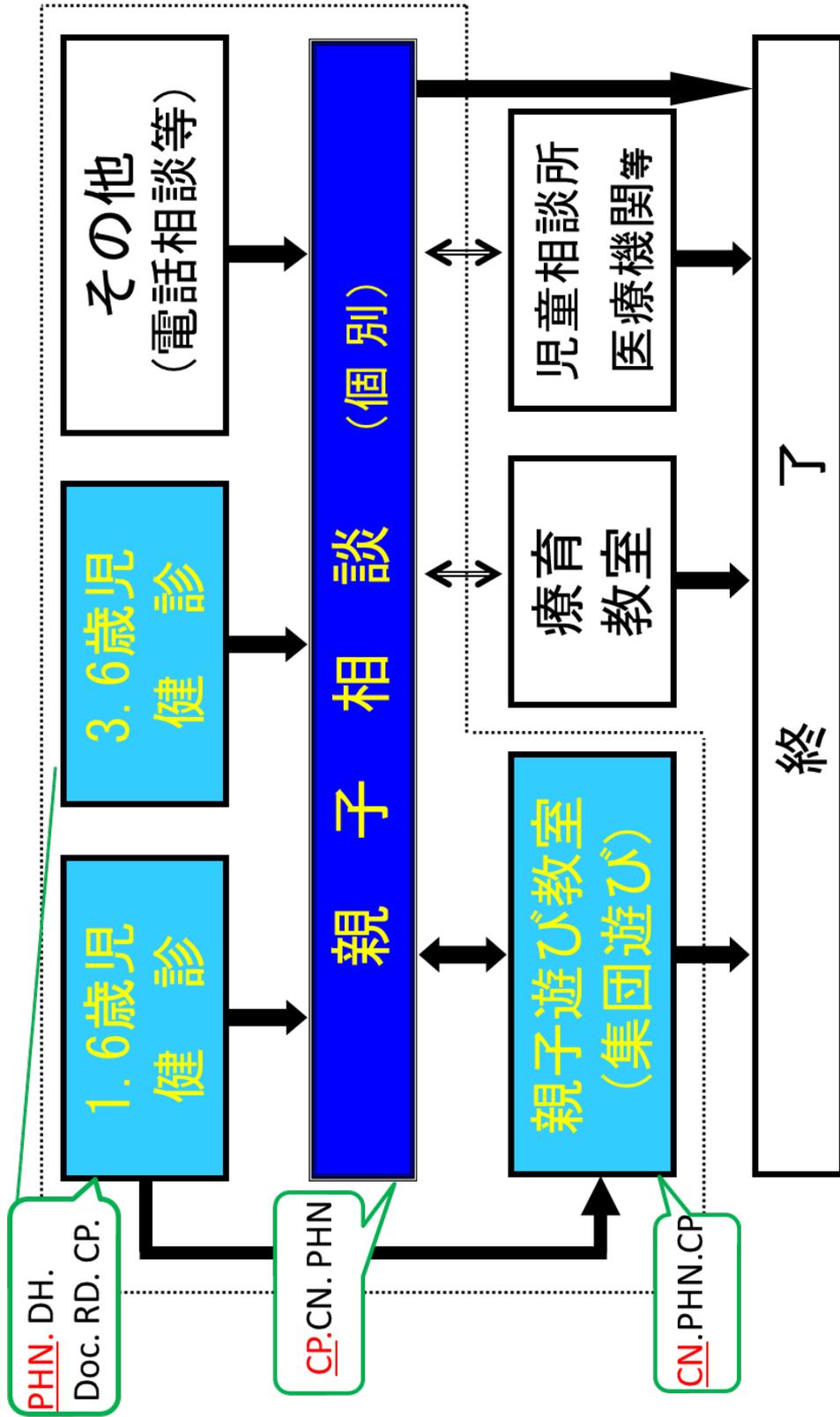
第3章第2節において、「I.組織に関する側面」についてアセスメントする際のジェノグラム作成の要領を応用すること（瀬々倉.2000）について触れた。心理療法では、問題としてあげられた事柄と家族との関係をクライアントと共にカウンセラーが理解する方法として、ジェノグラム Genogram（世代関係図）（中村.2002）を一緒に作り上げることがある（図 4.1.1 参照）。この作業には、日常の中で当たり前として捉えているがために、硬直化していたり歪んでいたりする関係を客観的に見つめ直すことにより、実際の家族関係に変化が生じるなどの効果がある。この概念を応用したのが、組織に関する側面のアセスメントにおける組織図の作成である。



ジェノグラムを作成する要領で描出されたY保健センターにおける乳幼児期の親子支援にかんする大まかな流れは、図 4.1.2 に示した通りである。つまり、ここで挙げた図 4.1.2 は、単なる組織図ではない。筆者が母子保健分野で仕事を始めた当初、自分の仕事はどのような流れの中に位置しているのか、目の前にいる親子はどうなっていくのか、複数の保健所や保健センターの保健師や心理職など色々な立場のスタッフに尋ねてみた。しかし、的を射た答えは返ってこず、ただ、発達テストさえすれば良いといった内容の返答ばかりであった。だが、例えば、筆者が主に関わっている「親子相談」が、全体の流れの中でどこに位置しているかを知らなければ、どのタイミングでどの程度の話をするのが、目の前の親子にプラスになり、システムの中でもスムーズに進むのか分からない。

幸いなことに、Y保健センターでは、初めての心理職としてしばらく関わらせてもらっ

た後に、新しく保育者 1 名や心理職 2 名が次々と雇われることとなった。この、**図 4.1.2** は、新たに Y 保健センターの母子保健事業を充実化しようと保健センター内外の関係者が集まった会議の中で、筆者がお互いの関係を理解するために参加者に聴き取り、参加者全員で状況を共有しながら作成したものである。



■: キーステーション □: 同一機関 ↔: 関わり強 →: 関わり弱

CN:保育士 CP:臨床心理士 DH:歯科衛生士 Doc:医師 PHN:保健師 RD:管理栄養士
赤字はその際の基本的なリーダー

図4.1.2.援助環境の心理アセスメント: Y保健センターの組織 (瀬々倉.2000-R)

図 4.1.2 のように、関連する事業をスタッフと共に図式化して母子保健事業を把握することで、互いの仕事の理解が進み発想も広がる。例えば、親子の状況によっては、個別面接を行う「親子相談」と、集団遊びを行う「子育て教室（集団遊び）」とを並行して利用してもらうことも可能であるといったことが共有できる。

つまり、図 4.1.2 を固定的に捉えるのではなく利用することで、システム上の課題も見つけやすくなる。例えば、この時点での Y 保健センターでは、連携できる「医療機関等」が不足しているので、情報を集めて遠方の機関についても連携関係を開拓しようとか、「療育教室」との関係がこれまであまり無かったことが理解され、その後、定期的に合同ミーティングを開くといったことが実行された。

水色と紺色部分には、心理職が関わっており、筆者は主にこの内の「親子相談（個別）」の部分に関わっている。この相談が開始された当初は、相談に直接関わるのは筆者のみであり、保健師が適度なタイミングで相談室に出入りするという形態をとっていた。数年後、保育士が加わり子どもに中心的に関わるようになって、筆者を含めた心理職は主に親と関わる形態へと移行した。

相談内容は、トイレット・トレーニングや指吸いについてなど育児相談に近いものから、ことばの遅れなどの発達相談、頭打ちや夜驚等のやや神経症的な問題および育児不安を抱える養育者に対する心理相談まで、幅広いものとなっている（第 3 章第 1 節参照）。

今回実施したインタビューについては、基本的に継続的な援助を行う場合を想定しているが、実際の援助活動は、必要に応じて他機関へ紹介したり、他の援助と並行して継続的に関わったりと様々である（瀬々倉.2000）。毎回の相談時間前後に、援助対象の親子を担当する保健師、保育士及び心理職（臨床心理士・筆者他）によるショート・ミーティングが行われる他、年に数回、スタッフ合同の数時間に及ぶミーティングや勉強会が行われ、さらに他機関との合同ミーティングや自主的な研修も行っている。

なお、Y 保健センターについて、「援助環境の心理アセスメント」のうち、「I.組織に関する側面」という点からは、以下のようなことが理解できる。

I. 組織に関する側面

①組織の位置づけ：母子保健法の下に設置されている、市町村保健センターである。なお、

所在地とその特徴については、個人情報保護の観点から割愛するが、アセスメントと

しては必要である。

②**組織における援助活動の位置づけ**：母子保健事業の一環としての親子支援であり、保健師、保育士などの他（多）職種との協働支援である。親子相談の頻度としては、心理療法の原則として1週間に1回、約1時間であるのに対し、Y保健センターにおける一組の親子に対する相談援助は、2、3か月に1回、多くても1か月に1回程度の頻度にすぎない。一方、家庭訪問を職制として行える保健師が、中心スタッフとして母子保健事業全体をマネジメントしている。また、図 4.1.2 にあるように、親子相談に至るまでの多くは、乳幼児健診を経過しており、親子相談と並行して活用可能な集団の「親子遊び教室」など、関連する母子保健事業がある。

③**組織と他機関との連携状況等**：図 4.1.2 を作成した時点では、療育教室や医療機関などとの連携関係は緊密ではなかった。

以上が、Y保健センターの「組織に関する側面」についての援助環境の心理アセスメント結果である。次節では、「スタッフに関する側面」および「援助構造に関する側面；①協働スタッフの、援助対象の見立て方・アプローチ」について、援助環境の心理アセスメントを行う過程を対話形式のインタビューという形で再現を試みる。

文献

中村伸一（2002）ジェノグラムの書き方：最新フォーマット.家族療法研究. Vol.19.

No.3. Pp.259-262

瀬々倉玉奈（2000）援助側をアセスメントするということ 試案(1)－連携スタッフとの対話から生まれる援助の可能性と限界－.京都国際社会福祉センター紀要 発達・療育研究.第 16 号.Pp.27-41

瀬々倉玉奈・奥本尚子・三宅理子(2000)乳幼児とその親に対する心理的援助の可能性－K保健センターでの試み その(1)－.日本発達心理学会第 11 回大会論文集.P.447

瀬々倉玉奈・林美奈子・安部東子・奥本尚子・三宅理子（2001）地域における子育て・子育て支援の可能性－ある保健センターでの試み その(2)－.日本発達心理学会第 12 回大会発表論文集. P.93

瀬々倉玉奈・林美奈子・奥本尚子（2003）地域における子育て・子育て支援－事例検討を通じた異職種間のコラボレーションに関する理解－.日本発達心理学会第 14 回大会発表論文集 S133.

第2節 援助環境の心理アセスメント：Ⅱ.スタッフに関する側面 および

Ⅲ.援助構造に関する側面；①②③

1. 問題と目的

前節では、「援助環境の心理アセスメント」のうち「Ⅰ.組織に関する側面」について、筆者のY保健センターにおけるかかわりにもとづいて検討した。そこで本節では、「援助環境の心理アセスメント」のうちの「Ⅱ.スタッフに関する側面」および「Ⅲ.援助構造に関する側面」の中でも「①協働スタッフの、援助対象の見立て方・アプローチ」さらに、「②スタッフ間の関係」、「③パーソナルな部分も含めた状況」について具体的に検討するために、筆者が約20年間にわたって、母子保健事業の一環としての援助活動に関わっている保健センターのスタッフに協力を得てインタビュー調査を実施した（瀬々倉.2000）。乳幼児期の親子に対する援助に関わっている複数のスタッフのうちの保健師と保育士各々1名である。先述したように、本来の援助環境の心理アセスメントは、カンファレンスや研究会、懇親会、雑談など様々なコミュニケーション過程を通して行われる。筆者の場合は、母子保健関係の教科書的な文献を調べたり、保健センターで継続購入をしていた「保健婦雑誌」（現在は「保健師ジャーナル」、（医学書院））などを保健師に教えてもらい、在庫分を全て借りて読んだりなどといった形でも、母子保健領域や保健師の仕事、保健師にとっては、当たり前となっているような文脈などについての理解を深めた。ここで改めて対話形式のインタビュー調査を実施したのは、本来、段階的に行われる援助環境の心理アセスメントを集約し、再現しようと試みたためである。

この調査は、長年にわたって共に活動し、様々な形で信頼関係も形成されているスタッフに対して、改めて臨床心理学を基礎におく1スタッフである筆者が各スタッフのもつ職制上だけではなくパーソナルな部分も含めた援助に関する固有の文脈について教えてもらうという対話形式で実施した。ここでいうスタッフのもつ文脈とは、援助を行う際に本人にとっては当然のこととなっているような前提や仮説と言い換えることも可能であり、援助環境の心理アセスメントの「援助構造に関する側面」のうち、「①協働スタッフの、援助対象の見立て方・アプローチ」に相当する。

2. 研究方法

今回インタビュー対象とした保健師・保育士は、深刻な育児不安を訴えた母親とその子に対して危機介入的に行った家庭訪問による援助活動の際に筆者とチームを組んでおり、インタビューの内容も、この共通の経験がベースになっている。通常とは違う形態で行った家庭訪問による援助の過程は、各々のスタッフが自らの役割を強く意識せざるを得ない状況に至らしめるものであった。なお、3者の他職種からみた事例理解と援助については、第4章で検討したい。

ここで、従来のインタビューと今回の対話形式のインタビューとの違いを明らかにしておく。前者は、正確な情報を得ることが第一の目的となるために、インタビュアーは、あくまでも客観的な立場に立った聞き取り役を務めることが重要となる。しかしながら、今回のインタビューは、援助環境の心理アセスメントの一貫である。援助環境の心理アセスメントをすることによって、今後の援助に必要な工夫やその限界を探り、より効果的な協働関係を形成することが目的であるため、インタビュアーも連携スタッフの一員であるという立場を活用しながら、対話形式で行うことに意義がある。

インタビュー時の質問内容は、以下の内容のみを事前に決めておき、基本的には対話の流れを尊重することとした。質問内容は、大きく二つに分けられるが、Bについては、本節の主旨と異なるので、家庭訪問一般についての内容以外は記載していない。

A.保健師または保育士の援助における固有の文脈（前提・仮説）等について

- ①援助において重要視すること
- ②家庭訪問による援助を経験し、通常の援助形態との比較で気付いたこと

B.家庭訪問によって援助を行った事例における実際の関わりと理解

- ①訪問前
- ②訪問時
- ③フォローアップ時

以下に、具体的な手続を示す。

- ①保健師、保育士各々に対して、個別に対話形式のインタビューを約1時間行う
- ②インタビューの内容は、録音とメモとによって記録する
- ③②をもとに逐語録 transcript を作成し、各々に確認・補足を依頼する
- ④質問内容 A に関する事項について、分析を行う。

3. 結果と考察

(1)表記の説明

家庭訪問による援助の経験を学問的にも活かすことについては、援助対象者に了承を得ているが、関係者や機関の特定を回避するために、以下の処理を行っている。

①筆者以外の人物については、職業名や略語のみを表記する。②筆者以外の人物や機関が特定される可能性のある内容や表現については、発言の趣旨を損なわない範囲で表現を変える、或いは記載しない。③方言が使用されている場合には、ニュアンスを損なわない範囲で標準語に修整する。

以下の transcript 中、保健師：PHN、保育士：CN、聞き手：I、心理職（臨床心理士）：CP と略す。文頭の番号は同一人物の発言による通し番号であり、全 transcript の番号と一致している。1回の発言が長い場合には、便宜上内容によって区切り、枝番号を付している。なお、括弧書きの箇所は、筆者が手を加えたものである。

以下に実際の対話をあげ、その対話からインタビュー対象が援助について有している文脈として筆者が読み取った内容を付記する。

なお、以下の対話における保健師の全発話数は 44 話、保育士の発話数は 137 話であったが、この違いは 1 回の発話における量の違いである。保健師との対話は、保健師の職制についてインタビュアーが知識の提供を受ける意味合いが強く、1回の発話における保健師の発言量が多くなった。保育士との対話は、直接的に援助を行う役割上、実際の事例に関する内容が多く、より対話の中で共同作業を行う意味合いが強くなった。

(2)保健師との対話

インタビュー開始時の聴き取りによって、「援助環境の心理アセスメント」Ⅱ．スタッフに関する側面については、以下のことが理解できた。

①援助環境の心理アセスメント：Ⅱスタッフに関する側面

①職種・職制：一般的に保健師は、看護師の資格を有しており、さらに保健師の資格試験に合格した者である。

②常勤・非常勤などの勤務条件：常勤

③現時点での職業上の経験や能力：個人病院の看護師を経て、Y 保健センターに勤務している。保健師としては、約 10 年の経験を有している。母子保健担当保健師のリーダー格であり、母子保健事業の充実のために柔軟なアイデアを提

案し、多職種とのコーディネートも積極的にこなしている。

②対話の過程と分析

実施日時：X年Y月 19:40～20:40 場所：Y保健センター内

保健師との対話1 保健師と連携する可能性のある職種（敬称略）

I4:他の場合には、母子保健に限らず、栄養士とか…他にどういう方が連携する可能性としてあるんですか。

PHN3:一番ポピュラーなのは医師ですね。歯科医、内科医、(略)精神科医(略)。あとは看護婦、ホームヘルパー。福祉の手續の話になると専門外なので、福祉課の職員、身障の担当課の職員。栄養士、歯科衛生士、保育士。精神科の場合は、保健所の相談員、(略)市町村と保健所の保健師では役割が違うので、保健所の保健師も(略)。リハビリも作業療法と普通の身体を動かす方とありますので、PT(理学療法士)とOT(作業療法士)と。言語療法士は、(略)必要があれば御願ひするんじゃないかと思う。あとは、(略)病院のケースワーカー(略)、病院と連携をとることも(略)。介護の関係で、施設職員、介護支援専門員、訪問看護婦(略)入浴サービスの業者(略)、介護の器具を作っている業者(略)数え上げればキリがないほどの幅広い方たちに頼って仕事をしています。

保健師の文脈

医療関係、福祉関係、その他の専門領域など、多岐にわたる分野の職種や機関と連携する可能性がある。

保健師との対話2 保健師の仕事はコーディネート

I5 (略)使える資源をいっぱい把握しておいて、その時に応じてマネージするということですね。

PHN4-1 そうですね。この人だったら、これとこれを組み合わせて使う、というとな言い方ですけど、(略)自分達だけで出来る仕事ってすごく限られているんですよ。持ちネタが少ないのでね(笑)。

PHN4-2: (略) いろんな人に御願ひしている分、コーディネートする仕事というのが他にはないので、それがPHNの仕事なのかなって思うんですよ。(略)

I7:思っていた以上にかかなり多くの職種の方と関わっておられますね。

PHN6:はい。

保健師の文脈

多岐にわたる職種や機関から、援助対象者に適した組み合わせをコーディネートするのが仕事。

保健師との対話 3 保健師の役割を意識した時期など

I29:コーディネートという感覚についてのトレーニングのようなものはあるんですか。

PHN28:無いですね。

I30:無いんですか。じゃあ、経験？

PHN29:(略)PHN の仕事をコーディネートだと思ったのは、かなり後の話で、学校で習うのは地域保健っていうので、学校に保健室があるように、地域には保健センターがあるんだっていう認識なんですよ。病気になった人は病院に行くけど、健康な人は保健センターに来るんだっていうぐらいの認識です。

PHN30:だから病院に行くことにならないように、(略)健康状態を維持、あるいは、ちょっと向上するような働きかけを保健センターがするんだっていうふうな認識で仕事を始めたんですけど。

I32:地域の保健室みたいな感じですね。

PHN31-1:はい。でも、(略)その人にあった健康づくりの方法を実際にやろうと思ったら、PHN だけだったら出来ないんですよ。(略)

PHN31-3: PHN の仕事というのは、単に保健指導するというのではなくって、その人に必要な情報を誰がもっていて、何を組み合わせたら、合いそうかっていうのを組み合わせるのが仕事かなと思いました。

I33:と言うことは、今回私は、一緒に組んでいるスタッフの文脈というか、立場を改めて知りたいと思って、インタビューしているんだけど、それを一番よく知っているのがPHN さんということですね。

PHN32-1:「こまったら、誰に聞いたらいい」、という感じで仕事をしているので。

I43:PHN の仕事はコーディネートというふうに思ったのは、大体何年目ぐらいですか。

PHN42: 私の場合は職場の都合で母子保健を2年目から一人で担当しましたので、全体が把握しやすかったかも知れない。2, 3年目でそう思った。今はPHNが増えているので、その分、気付くのにもう少し時間がかかると思う。

保健師の文脈

- ・実際に仕事をしてみると、保健師だけでは仕事が出来ないことに気が付いた。
- ・必要な情報を誰がもっているかを熟知している。

保健師との対話4 トラブルへの対応について

I38:特に怖い目にあったりとかということは、今のところ無いですか。

PHN37-1:怖い目にあったことが無いと言えば、ゼロではないんですよ。

PHN37-2: (略)ニュアンスが旨く伝わらなくて、(略)後から怒って電話してこられるってというのはありますね。

PHN37-3:そういう場合は、ケースバイケースなのですが、直接の担当を換わって貰う場合もありますし、その方が「しばらく保健センターとは付き合いたくない」と言われたら、間をおくこともあるんです。(略)

PHN38-2:極端な話ね、こっちのやり方が間違っていて、相手に損害を与えたとしたら、(略)賠償しないと仕方ないと思うんですよ。それは当然のこと。逆に、なんにも落ち度が無くって、相手の思い込みでそういうふうになった場合は、全面的に保健センターの職員がその人をバックアップして、保護しますよというふうになっているので、その辺は。

I40:ちゃんと腹をくくってやっておられるんですね。

PHN39:ん。本当に申し訳ないことをしてしまって、相手の方のお子さんに怪我をさせてしまったという場合は、逆に、病院も探して連れていきますよ。医療費も、もちろんみますし、その後どうなったかの様子も聞かせていただきたい。で、同じ事故を起こさないように、こういうふうにさせていただきますということも、その方に伝えます。

I41:そういうのは、スタッフみんなが共有していること？

PHN40:そうですね。だから、うやむやにになってしまうっていうのは、基本的にはないですね。

I42:それは、何かの折に確認し合っていることなのですか。それとも、言わずもがなの

ことなんですか。

PHN41:その都度，その都度ですね。予測し得ない事故っていうのが有るんですよ。だから，そういうつもりではなかったのに，こうなってしまったっていう場合に，一番はじめに考えるのは，相手の方の身体のことなんですよ。(略)

保健師の文脈

- ・トラブルへの対処としては，直接の担当を換わる，間をおくなどの方法が考えられる。
- ・こちらの落ち度や不測の事態で損害を与えてしまった場合も，うやむやにはしない。
- ・不測の事態でも，まず考えるのは援助対象者の身体のことである。

以上の保健師との対話からは，保健師の役割として大きな位置を占めるのは，コーディネートだとインタビュー対象の保健師は考えていることが理解できる。これをもとに，保健師の役割を図式化したのが図 4.2.1 である。なお，図のタイトルに「瀬々倉.2000-R」としているのは，2000年に筆者が発表したものをもとに，改訂を施しているという意味である。

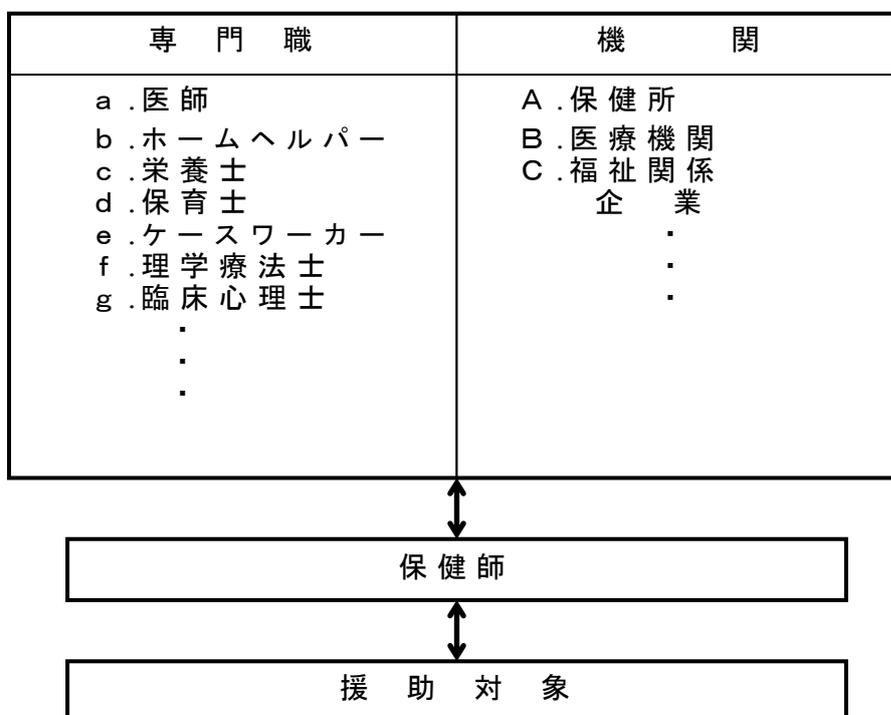


図 4.2.1 保健師の役割 (瀬々倉.2000-R)

また，今回のインタビュー対象の保健師に関して，「援助構造に関する側面」「①協働

スタッフの援助対象の見立て方・アプローチ」については、以下のようにまとめることができる。

援助環境の心理アセスメントⅢ：援助構造に関する側面

①協働スタッフの援助対象の見立て方・アプローチ

インタビュー対象の保健師

援助活動に必要な職種や機関に関する情報を把握しており、「援助対象者に何が必要で、かつプラスに働くか」という基準のもとに、それらをコーディネートしたり、関係する諸事のマネージメントを行ったりする役割を担う一方で、幅広い知識と技術とを有している。知識と技術については、特に身体に関わる分野が専門である。

(3)保育士との対話

インタビュー開始時の聴き取りによって、「援助環境の心理アセスメント」Ⅱ．スタッフに関する側面については、以下のことが理解できた。

①援助環境の心理アセスメント：Ⅱスタッフに関する側面

- ①職種・職制：この保育士は、幼稚園教員免許も有している。
- ②常勤・非常勤などの勤務条件：非常勤。Y保健センターでは、主に、「親子相談」と「親子遊び教室」に関わっている。
- ③現時点での職業上の経験や能力：過去に保育園に約5年間勤務した後、公共団体の託児ボランティアのリーダーを約5年務めている。ボランティア登録者はピーク時には100名に達し、年齢層も幅広いグループであったとのことである。そこでは、出張保育にともなう主催者側との交渉など、マネージメントに関する仕事も多くこなしている。その後、Y保健センターにおいて集団遊びと個人相談との保育士として、約5年の経験がある。3人のスタッフの中では、唯一子育て経験がある。なお、ほぼ時を同じくして、別の心理職と共に家庭訪問に行っている。

次に、対話形式のインタビューの過程を分析する。

②対話の過程と分析

実施日時：X年Y月 17:15～18:20 場所：Y保健センター内

保育士との対話 1 個人・集団による通常の関わりと家庭訪問での関わりとの比較

I58: (略) (最近, 家庭訪問をいくつか経験されて) お家の状況だとか, いろいろ多分感じられたと思うんですね。

CN57: (略) 集団保育と個人相談と訪問では, 自分の立場が違うと思ったんです。(略)

CN59-1: 集団の時は, “動” の遊びが多くって, 提供する遊び, メリハリのあることをしますけれども, 個別の相談の時には, 取りあえず子どもさんの緊張を緩和させるっていうことを優先させて, 様子を見ながら (略) 声掛けをすることが多い。

CN59-2: 訪問の場合は, まず, 環境を見てみないといけないというのと, 何があるのか, どんなおもちゃで普段遊んでいるのかを察知しないとイケいなと思ったんです (略)

I67: (略) そうすると, 別のところでいうと, より, 緊張度が高いですか。

CN66: (即座に) あ, 緊張度が高いです。はい。

CN67: いろんな電波っていうかを走らせておかないといけません。パ, パ, パ, パーンと (略)

I109 で, 集団の時はもっと (略) 引っ張る感じになるんですかね。

CN109: 一種のお山の大将です。「はい, 私を見てちょうだい」ですよね。

保育士の文脈

- ・ 同じ保育でも, 集団, 個人, 家庭訪問によって関わり方が違う。
- ・ 家庭訪問は, 緊張度が特に高い。

保育士との対話 2 家庭訪問で援助するメリットとデメリット

I64: (通常行っている) 個人 (相談) と訪問ということにだけに関して言うと…

CN63-1: (略) 個人の場合は, (略) 遊びを提供させてもらいながら, その子どもの活動内容の予想を立てて行くんですね。段階を踏むことが出来るんですね。

CN63-2: (略) 助言も提供もしやすいし, 緊張しているのを緩和するのも, 早くに弛めてあげられる (略)。

CN63-3: 訪問すると, 相手の方に踏み込んでいくので, (略) どうやって伝えようかと思いましたね。子どもの遊ぶ活動計画を立てにくいんですよ。

I70: 逆に, 個人と訪問で, 訪問のメリットって何だと思います?

CN69-1: (略) 普段住んでる場所だから、子どもさんの方がすぐに主導権を握ることが出来る。(略)「ついて来いよ」じゃないけども、「こうするんだよ。ああするんだよ」と教えてもらえるんですよ。あ、こんな考えしてるのかっていうのが分かったりしますね。

I71:あ、そうか、こっちがちょっと後からついていくという形になりやすい分、その子の持っている世界っていうのが割とわかりやすい。

CN70:早くに。それは、早くにわかりやすいですね。

保育士の文脈

- ・ 保育するにあたって、子どもに合った遊び・活動内容の予想を立てる必要がある。
- ・ 子どもとの関わり方、遊び方には「助言」「提供」「緩和」というパターンがある。
- ・ 子どもの世界を早くつかむことが大切である。

保育士との対話 3 保育士の視点

I102: (略) 先生が子どもさんを見られる時っていうのは、あまりに大まかで答えにくいかも知れないけれども、どういったことを中心に見ておられる感じなんですかね。

CN101:んー。(略) (その後5回にわたって応答が繰り返されるが、明確な応えが引き出せない)

保育士の文脈

子どもを「どのようにみるか」ではなく、「どのように関わるか」を重視している。

保育士との対話 4 今回の対話について

I111: (略) こういう話をされてみて、何か思うことって有りますか。

CN110:やあ、いざ聞かれると分からないことが沢山有るんで、もうちょっと、気がついておかないと、と思いましたね。子どもさんに合わせているつもりでも、こっちが大分出ているかなと思ったりとかね。(略)

I112: (略) それぞれの立場の者が、まず、自分はどういう視点で見ているんだろうっていうのを改めて意識してみたりとか、それが少し言葉に出来るようになってくると、連携の上でお互いが共有できる。CP がリードするというのではなく、それぞれが違う役割を

確実にこなしていると思うので（略）

CN111-1:（略）何か一つ、二つでもいいから（略）ときめくとか、感激するとか、お家でもう一回やってみたいという気持ちを持って帰ってもらいたいと普段は思っているんですよね。

CN111-2:（略）家庭訪問に行ったときは、何か私はそれを落として帰りたかったんですよ。（略）

CN112:（略）子どもさんの経験が大事だと思っているので、（略）「もう一回、やってみよ」という気持ちをそそるような物を残したいなと思っているんですよ。

I114:あ、子どもさんに、その子に合うんだけど、まだ、ちょっと未知かも知れないくらいのところを引き出すみたいな感じですね。

CN115:それしか考えてないから、（笑い）…あんまり、子どもさんの混み入ったところが見えてないかも知れません。自分が落としていっているばかりで（略）。

保育士の文脈

- ・子どもの経験が大切なので、もう一度やってみようと思うものを提供したい。
- ・子どもに合わせることが大切である。
- ・その子に合うけれど、まだ、ちょっと未知かも知れないくらいのところを引き出したい。

保育士との対話 5 保健センターでの連携による関わり

CN124:先生方と私は一緒に仕事させてもらって、変わった部分も沢山有るんですよ。

I125:それは、私もそうですよ。

CN125:今は計画を立てて、こう思うかなと思ったり…。子どもの気持ちを、考えないことがCNは多いんですよ。

CN126:楽しいかなとは、思うけども。これしてどう思うかなって、先に思いませんもん。

CN128:それしたら、あの子どもんな顔するかなとか、どんな思いするかなって（今は）思えるようになった。

CN129:今までは、「楽しいね」「楽しいね」（笑い）

CN130:そういうのがね、一番大きな変化です。自分の中ではね。

I135-1:じゃあ、独自の領域になって来てる感じなんですね。CNの元々の仕事の感じと

言うよりは…、それは、多分、こっちもそうだと思うし、…。

I136: (略) たぶん、このメンバーでしかできないものっていうのが、今もう出来つつあるんじゃないかという気がしているんですけどね。

CN136: そうですね、はい。

保育士の文脈

- ・ 保育は子どもを楽しませることが重要である。
- ・ 保健センターで他職種と仕事をするようになってから、子どもへの関わり方が変化してきており、子どもの気持ちを考えるようになった。

援助環境の心理アセスメントⅡ：スタッフに関する側面

以上の「保育士との対話 1」から、同じ保育士としての動きでも、個別の「親子相談」と、集団の「親子遊び教室」とでは、異なる働きをしていることが理解できた。これをもとに、保育士のアプローチを図式化したのが図 4.2.2 及び図 4.2.3 である。

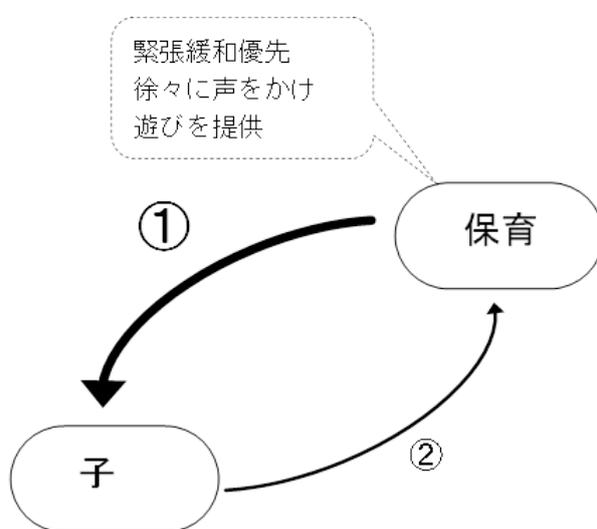


図 4.2.2 個別「親子相談」(来所型)での保育士のアプローチ
(瀬々倉.2000-R)

図 4.2.2 は、いわゆる通常の個別親子相談の形態であり、親子が保健センターに来所し、親子と保育士、心理職が同室で面接を行う際の保育士と子どもとの援助関係図である。

さらに、図 4.2.3 は、同じ保育士が集団の親子遊び教室において親子に関わる際のイメージ図である。保育士は、「一種のお山の大将」と表現している。

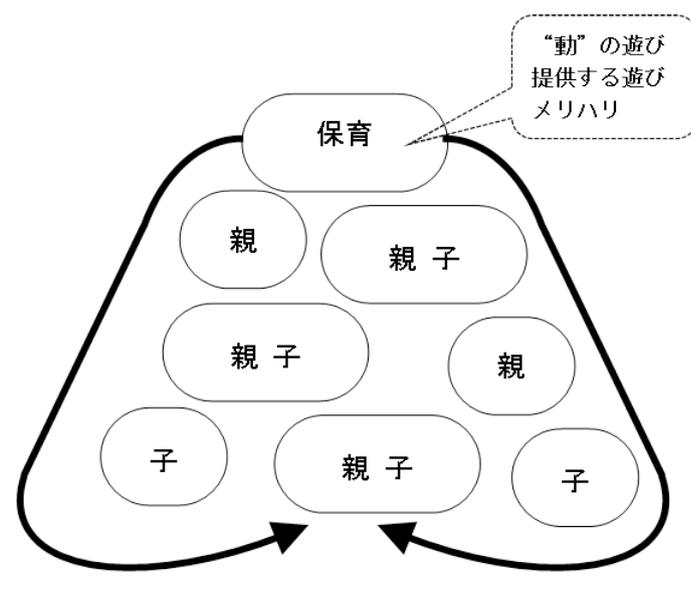


図 4.2.3 集団「親子遊び教室」での保育士のアプローチ
(瀬々倉.2000-R)

今回のインタビュー対象の保育士に関して、「援助構造に関する側面」「①協働スタッフの援助対象の見立て方・アプローチ」については、以下のようにまとめることができる。

援助環境の心理アセスメントⅢ：援助構造に関する側面

①協働スタッフの援助対象の見立て方・アプローチ

インタビュー対象の保育士

子どものもつ可能性を適切な遊びを通して引き出すプロである。遊びのなかで、「緩和」「提供」「助言」といった必要に応じた関わり方によって遊びを展開していき、子どもが経験の中で育つことを援助している。元々の職制上の文脈においては、遊びによって子どもを楽しませることを重要視するが、保健センターの保育士としては、遊

びによって子どもが体験する気持ちについても重要視するようになった。

改めて以下に、Y 保健センターに関する援助環境の心理アセスメントⅢ：援助構造に関する側面①②③についてまとめる。

援助環境の心理アセスメントⅢ：援助構造に関する側面

①協働スタッフの援助対象の見立て方・アプローチ（再掲）

インタビュー対象の保健師

援助活動に必要な職種や機関に関する情報を把握しており、「援助対象者に何が必要で、かつプラスに働くか」という基準のもとに、それらをコーディネートしたり、関係する諸事のマネージメントを行ったりする役割を担う一方で、幅広い知識と技術とを有している。知識と技術については、特に身体に関わる分野が専門である。

インタビュー対象の保育士

子どものもつ可能性を適切な遊びを通して引き出すプロである。遊びのなかで、「緩和」「提供」「助言」といった必要に応じた関わり方によって遊びを展開していき、子どもが経験の中で育つことを援助している。元々の職制上の文脈においては、遊びによって子どもを楽しませることを重要視するが、保健センターの保育士としては、遊びによって子どもが体験する気持ちについても重要視するようになった。

②スタッフ間の関係

極めて良好である。また、保育士、インタビューアの心理職共に、従来の職制から、Y 保健センターならではのアプローチへと新たな関わり方が出来上がりつつあると感じている。

③パーソナルな部分も含めた状況

保育士は、唯一の子育て経験者でもあり、相談場面で極めて実際的な育児技術などを伝える場合は、優先的に養育者と関わるのが適当である。

なお、「④援助関係」については、次節で別途検討する。

ここでは、臨床心理士である筆者が、その専門性の一つでもある、相手の未だ言葉にし難い内容を言語化することを支援出来るという技術を活かしながら、協働スタッフと対話形式によるインタビューを行った。既述したように、これは、本来であれば、ミーティングや日々の交流などを通して段階的に行われる援助環境の心理アセスメントを再現しようと試みたものであった。この対話形式のインタビュー結果をもとに、保健師、保育士の専門性から来る援助における文脈を読み取り、図式化を行った。このようなプロセスを積み重ねることによって、インタビュー対象者の保健師や保育士自身が自らのアプローチを再確認することが可能になることはもちろん、協働スタッフである他職種同志が相手のアプローチを理解し易くなる。

協働スタッフとの対話をもとに、「援助環境の心理アセスメント」のうちⅡ.「スタッフに関する側面」及びⅢ「.援助構造に関する側面①②③」について検討してきた。長年関わってきたスタッフであっても、今回の対話によって互いに認識を新たにすることも多く、今後の援助の可能性を新たに検討する上で、意義深いものとなった。

興味深いのは、筆者が保健センターにおける援助活動を通して、心理療法のみが臨床心理学的な援助ではないことに気が付いたことと同様に、保健師は「保健師との対話 3」、保育士は「保育士との対話 4」において、各々が元々有していた職制上の文脈が、保健センターという場で実際に援助を行うことによって、変容してきたことを語っている点である。これは、Y保健センター独自の援助における協働関係が成立してきていることを表していると考えられる。

援助を行おうとする際に、(援助対象の)心理アセスメントを行うことは当然のことであるが、同時に援助環境の心理アセスメントも行うことによって、援助はより現実的なものとなる。従来の心理療法は、援助対象者の必要な援助の内のごく一部分を切り取って関わりながら、そのこと自体に気が付きにくい構造を有している。これに対して、援助対象者に必要な援助をトータルに捉え、その内のどの部分に関わることが可能なかを正確に把握して援助しようとする場合、「援助環境の心理アセスメント」の視点は有効である。

また、先述したように、こうした援助環境の心理アセスメントを行うこと自体が、他職種との協働関係の生成に寄与している。

文献

保健婦雑誌（保健師ジャーナル）.医学書院

瀬々倉玉奈（2000）援助側をアセスメントということ 試案（1）－連携スタッフとの対話から生まれる援助の可能性と限界－.京都国際社会福祉センター紀要 発達・療育研究.第 16 号.Pp.27-41

第3節 援助環境の心理アセスメント：Ⅲ援助構造に関する側面；④援助関係

本節では、援助環境の心理アセスメント：Ⅲ.援助構造に関する側面のうち、特に「④援助関係」について検討する。これは、本博士論文第2章第1節および、第3章第2節において論じてきた個人心理療法という特殊な人間関係とそれにとまなう危うさを抱えるための「枠」を越えても、臨床心理士としての専門性を保ちながら、援助対象者の利益になる援助を実施するためには何が必要かと自問自答し続けた過程において、その都度、援助関係を図式化してきたもののまとめである。

1.援助関係の図式・視覚化

本項では、「援助環境の心理アセスメント」という概念構成に辿り着くまでに、筆者が試みた検討過程を記述する。保健センターという個人心理療法とは異なる枠組みを有している現場で何ができるかを考えている過程で、まずは、個人心理療法と保健センターでは援助関係の構図がどのように異なるのかを図式化、視覚化することによって、比較検討してみたものである。

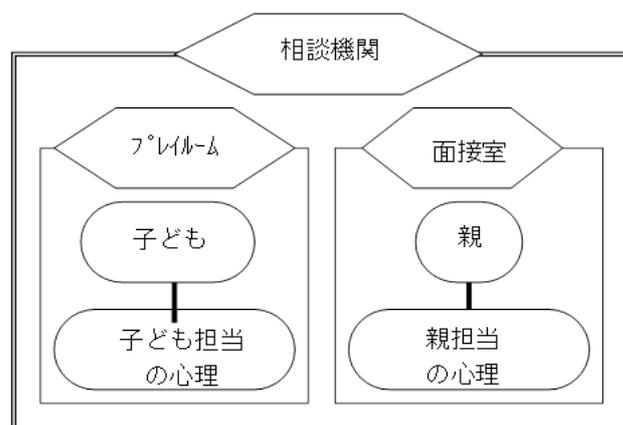


図 4.3.1 心理相談機関における親子並行面接
(瀬々倉.2000-R)

図 4.3.1 は、カウンセリングセンターなど、いわゆる心理相談機関において、子どもの問題の相談にのる際の構図である（第2章第2節参照）。これに対して、図 4.3.2 は、Y保健センターに筆者が関わり始めた初期の援助関係であり、心理職が1人で親子に関わって

いた頃である。この頃、筆者は乳幼児－親心理療法というアプローチのあり方をよく知らないままに、親子同室面接という形態での援助法について模索していた。

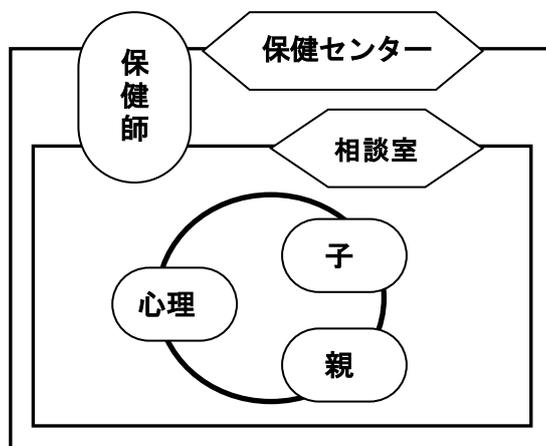


図 4.3.2.保健センターにおける親子支援：初期の援助
(瀬々倉.2000-R)

同じ親子を対象としていても、機関やスタッフ、部屋の構造によって、全く異なる援助関係が成立していることが理解できる。この2つの大きな違いは、親子が別々の部屋か一つの部屋での援助かという点と、スタッフが心理職のみなのか、保健師が関わっているのかという点である。スタッフの違いという点で、図 4.3.2 は、第 2 章第 2 節で示した図 4.3.3 (図 2.2.4-2 再掲) の親子同室面接によって行う乳幼児－親心理療法の構図とも異なっている。

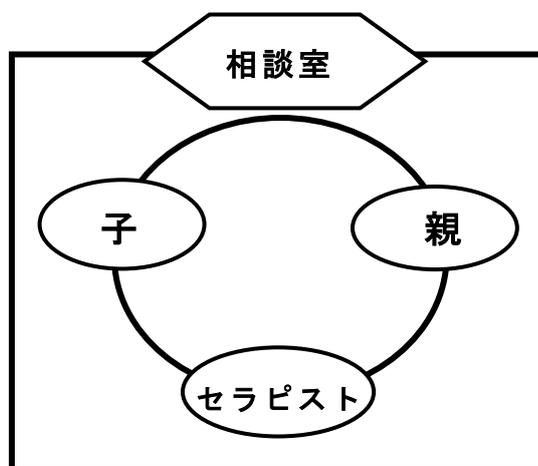


図 4.3.3 親子同室面接 (図 2.2.4-2 再掲)

図 4.3.4 は、新たに保育士がスタッフに加わるものの、保育士と心理職は、互いにどう関わりをもってよいものか分からず、様子をうかがいながら自らの担当（保育士は子どもに、心理職は養育者に）関わっていた過渡期、協働関係生成過程の援助図である。

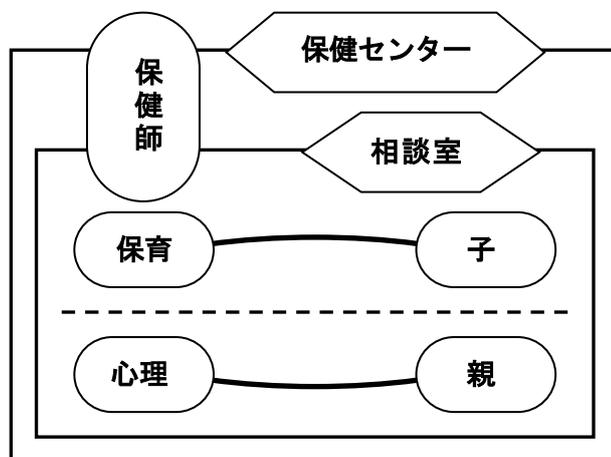


図 4.3.4 保健センターにおける親子支援：協働関係生成過程の援助
(瀬々倉.2000-R)

図 4.3.5 は、スタッフが増員し、様々な機会を通して気心が知れるようになり、並行して筆者の援助に対する発想に転換が起こった頃から、活性化してきた関係である。

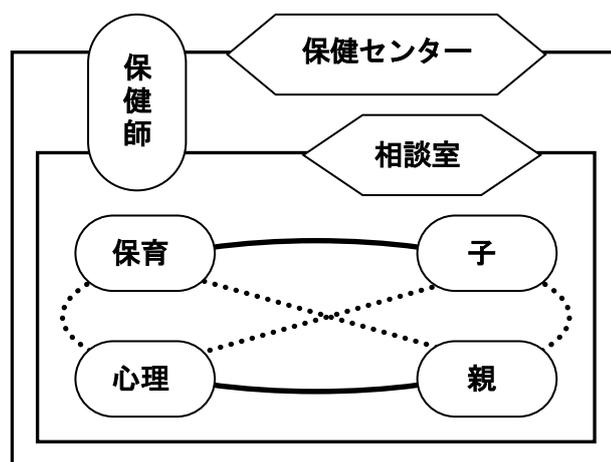


図 4.3.5. 保健センターにおける親子支援：現在の援助
(瀬々倉.2000-R)

このように援助関係を図式化、視覚化して比較してみると、同じ親子を対象としていても、全く異なる関わりが生まれることが理解できる。特に、図 4.3.5 中の「相談室」内に描かれている太い実線は、一次的な関わり、点線は、2 次的な関わりである。Y 保健セ

ンターにおける親子相談では、原則的には養育者には心理職が関わり、子どもには保育士が関わっており、これが一次的関わりとして表現されている。

このように、援助環境の心理アセスメントを実施することによって、現状が把握出来る
と、援助対象の心理アセスメントと考え合わせて、さらにその援助環境を積極的に工夫・
活用することが可能となる。

なお、前節において保育士と子どもとの関わりを図式化した図 4.2.2 は、図 4.3.5 にお
ける「相談室」内に描かれている子どもと保育士との関係だけを取り出し、より詳細に説明
したものである。

2. 援助関係の図式・視覚化を活用した工夫

前項において、「援助構造宇野関する側面：④援助関係」について、援助環境の心理ア
セスメントを行い、その結果を図式化した（図 4.3.5）。この援助環境の心理アセスメン
トの結果と、それぞれの援助事例毎に行う（援助対象の）心理アセスメントの結果とを
考え合わせて、援助関係の積極的な活用を試みることができる。

図 4.3.6 アイデア 1 は、非常に具体的な育児技術に関するアドバイスなどが必要であると
心理職が判断した場合、実際の子育ての経験をも生かす形で、保育士から養育者に対す
るアドバイスを行ってもらい、心理職は子どもに関わる等といった際に活用できる。

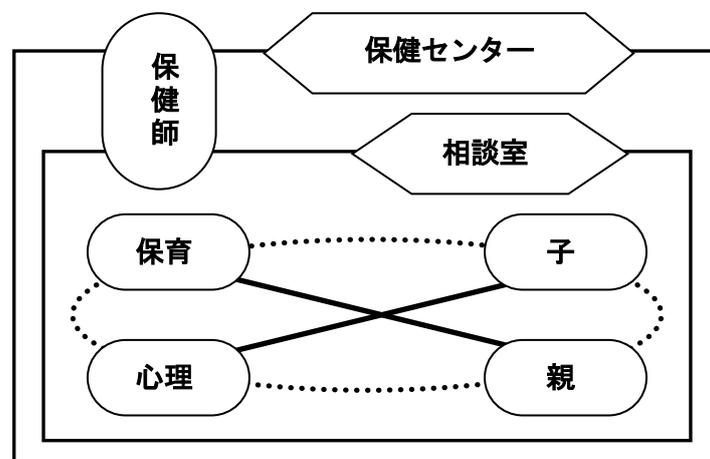


図 4.3.6 アイデア 1 (瀬々倉.2000-R)

図 4.3.7 アイデア 2 は、親子が共に的確な遊びを経験することによって、子どもの発達促進や親子関係の改善が見込まれる、例えば関係性障害などが疑われると心理職が判断した場合などに、保育士に遊びを提供してもらい、心理職が親子間の言葉になりにくい心理状態を代弁するなどして橋渡し役を務め、親子相互作用の促進や修正を試みる際に活用できる。

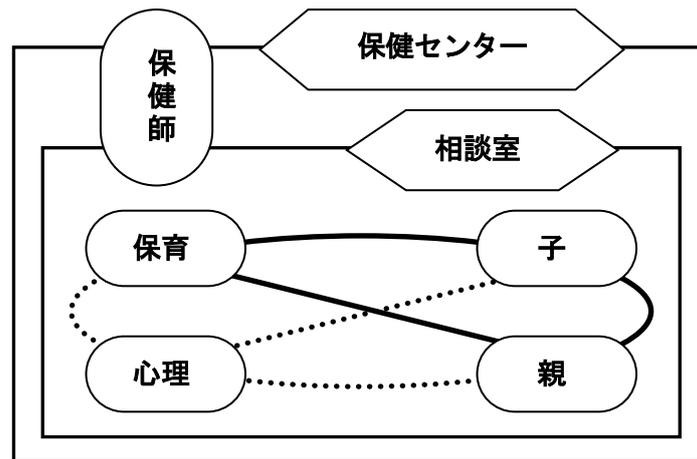


図 4.3.7 アイデア 2 (瀬々倉.2000-R)

図 4.3.8 は、子どもが 3 歳程度以上で、子どもへの虐待事例などのように親子の関係が相当にこじれていたり、養育者に深刻な悩みがあったりすることによって、子どもに影響を及ぼしていると心理職が判断した場合などに、敢えて親子を分離して（別室の場合も含む）関わる例である。これは、見かけ上、前項の図 4.3.4 と同様であるが、図 4.3.4 では保育士と心理職が互いにどのように協働すれば分からない段階で、自身の担当に集中せざるを得なかった結果、殆ど 2 次的関わりが機能していなかった状態であるのに対し、図 4.3.8 では敢えて積極的に親子を分離しているものであり、質の異なるものである。

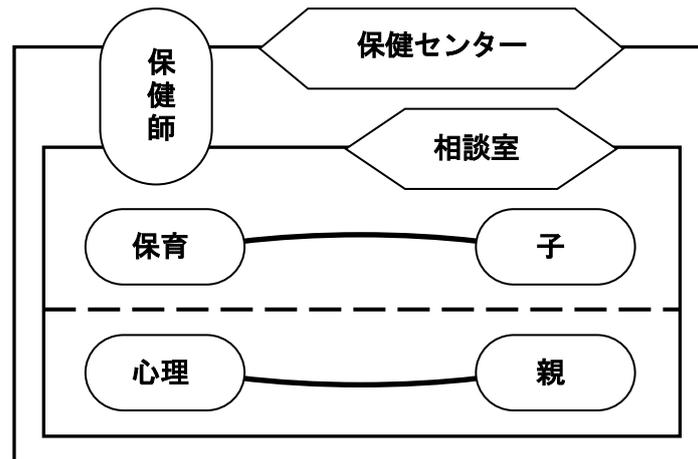


図 4.3.8 アイデア 3 (瀬々倉.2000-R)

このように、援助環境の心理アセスメントの結果から導き出された援助関係図を積極的に活用・工夫することが可能である。

次章、第 5 章では、これまで論じてきた（援助対象）の心理アセスメントと共に行う援助環境の心理アセスメント結果が、保健センターにおける親子援助のなかでどのように機能するのか、事例的に検討していく。

文献

瀬々倉玉奈（2000）援助側をアセスメントするということ 試案(1)－連携スタッフとの対話から生まれる援助の可能性と限界－.京都国際社会福祉センター紀要 発達・療育研究.第 16 号.Pp.27-41

第5章 Y保健センターにおける心理職と他職種との協働の実際

本章は、これまで論じてきた内容をもとにして、複数の保健センターにおいて筆者（心理職・臨床心理士）が保健師、保育士など他職種と協働して行った援助事例をもとに構成されている。

母子保健事業は、いわゆる医療的な「検査」、妊産婦や乳幼児を対象とした「健康診査」、妊産婦や新生児などを対象とした「訪問指導」、様々な教室や相談を含む「保健指導」の4つに区分されている。その中で、「保健指導」の一貫として行われている「乳幼児の育成指導事業」や「虐待・いじめ対策事業」、「育児学級・子育て教室」などの母子保健事業に、発達心理学に加えて臨床心理学的な観点をもった心理職（臨床心理士）が、援助対象の心理アセスメント、および、援助環境の心理アセスメントを行いながら、保健師や保育士と協働して親子支援を行う場合に、どのような展開が認められるのか、事例研究を通して検討していく。

第1節から第3節では、この相談事業に保健師はもちろん、保育士と心理職が従事することで展開されてきた保健センターにおける相談型アプローチについて、第1節では「センター来所・個別型」、第2節では「アウトリーチ型」第3節では「母子保健事業フル活用型」の事例を提示し、援助対象の心理アセスメント、および援助環境の心理アセスメントを中心に検討する。なお、援助対象の心理アセスメント結果については、プライバシー保護の観点から、議論に必要な最小限の情報のみを記述することとする。さらに、援助対象の親子が呈した様相から理解された現代の子育ち・子育て支援において重要であると考えられるテーマについても考察した。

続く第4節および第5節においては、母子保健事業として従来からおこなわれている「育児学級・親子教室」事業の一プログラムに、臨床心理学的な観点を応用したアプローチを導入することで、子どもへの虐待を含む親子の関係性障害などに対する予防型アプローチを試みた援助実践を検討する。

なお、本章で扱う事例及び描画等のデータについては、養育者や支援を行った保健所・保健センターに、研究上の活用を許可されているが、個人情報保護の観点から、援助実施地域、援助を行った時期などを明示していない。また、論文の主旨を損なわない範囲で加工を施している。

第1節 相談型アプローチ1：センター来所・個別型

本節で検討する内容は、母子保健事業の中では、「乳幼児の育成指導事業」や「虐待・いじめ対策事業」などに相当する。特に前者は、乳幼児健診後のフォローとして行われることの多い相談事業であり、従来は発達相談が主目的であったため、発達心理学的な観点からの相談を中心に行われてきた。心理職が関わっていない保健センターでは保健師が担当することもある。第1章第1節で述べたような母子保健の変遷にともなって、この事業の目的に、子育て不安や虐待対策などの要素が加わることとなり、臨床心理学的アプローチも加える必要が出てきている。

本項では、保健センターにおいて、母子保健事業としては、「乳幼児の育成指導事業」や「虐待・いじめ対策事業」などの「保健指導」の一貫で、乳幼児健診後のフォローとして発達相談が行われることの多かったセンター来所・個別型について述べる。援助対象の親子が保健センターに来所し、保健師・保育士・心理職が協働して行う個別型の援助について、援助対象（親子）の心理アセスメントと、援助環境の心理アセスメントの結果をあわせて考えた場合に可能となる援助構造の活用について、幾つかの事例を簡単に紹介しながら検討する。

第4章において、従来型の個人心理療法と保健センターにおける臨床心理学的アプローチの違いを援助環境の心理アセスメントによって理解し、その援助関係について図式化している（図 5.1.1:図 4.2.7 再掲）。Y保健センターにおける親子相談では、常勤の保健師が相談事業全体のマネジメントをするほか、医療・保健的な知識が必要な場合には、相談室に保育士や心理職と共に入室し、直接相談にのっている。それ以外の場合は、原則として子どもには保育士が遊びを通して関わり、養育者（図中では「親」）には心理職が子どもと保育士の様子を見守りながら関わり、必要に応じて助言やカウンセリング等を行っている。なお、その具体的な内容は、第3章第1節に記している。

第4章第3節において記した援助環境の心理アセスメントの結果をもとに作成した図 5.1.1:（図 4.2.7 再掲）では、相談室内での太い実線で表された一次的な関わりの他に、点線で表された2次的な関わりが生起していることが確認できた。この援助環境の心理アセスメントの結果によって理解できた援助関係と、それぞれの援助事例毎に行う援助対象の心理アセスメントの結果とを考え合わせて、援助関係の積極的な活用例も例示した。ここ

では、その具体例を紹介する。

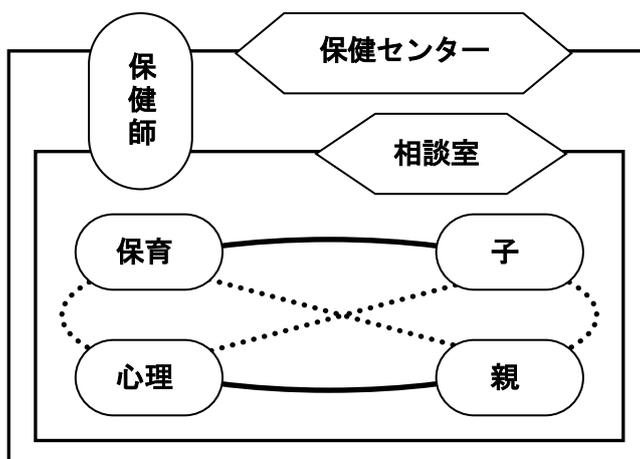


図 5.1.1 現在の援助形態 (瀬々倉.2000-R)
(図 4.2.7 再掲)

まず、図 5.1.2～図 5.1.4 は、第 4 章の援助環境の心理アセスメントの結果、新たに考えられた援助形態のアイデアである。これまで自然に成立していた援助関係の現状を理解したことによって、援助対象の心理アセスメントの結果によっては、これらのような援助関係の活用が可能となった。

以下では、援助構造の活用と共に事例を示す。事例と共に記したタイプは、第 3 章第 1 節の表 3.3.1 の分類 (表 5.1.1) によるものである。

表 5.1.1 子どもの発達程度と相談回数によるタイプ分類(表 3.3.1 再

Type I : 子どもの発達程度は平均以上であるが、継続的な支援を必要とした

Type II : 子どもの発達程度に特段問題はなく、1 回の相談で終了した

Type III : 子どもの発達程度が思わしくないが、1 回の相談で終了した

図 5.1.2 アイデア 1 は、非常に具体的な育児技術に関するアドバイスなどが必要であると心理職が判断した場合、実際の子育ての経験をも生かす形で、保育士から養育者に対するアドバイスを行ってもらい、心理職は子どもに関わる等といった際に活用できる。

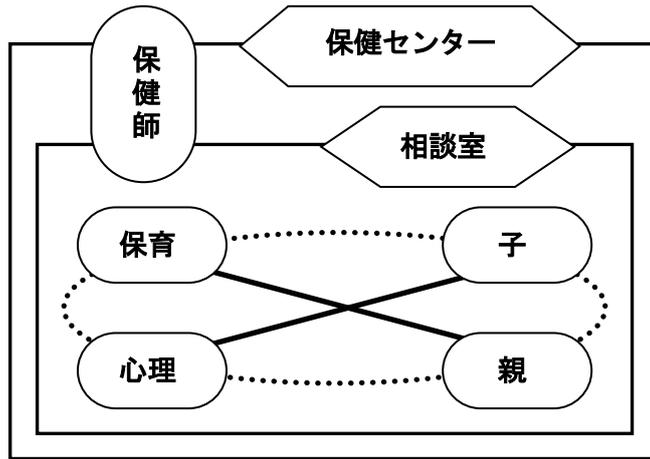


図 5.1.2. アイデア 1 (瀬々倉.2000-R)

[Redacted text block]

図 5.1.3 アイデア 2 は，親子が共に的確な遊びを経験することによって，子どもの発達促進や親子関係の改善が見込まれる，例えば関係性障害などが疑われると心理職が判断した場合などに活用できる保育士から親子に遊びを提供してもらい，心理職が親子間の言葉になりにくい心理状態を代弁するなどして橋渡し役を務め，親子相互作用の促進や修正を試みるなどといった場合である。

[Redacted text block]

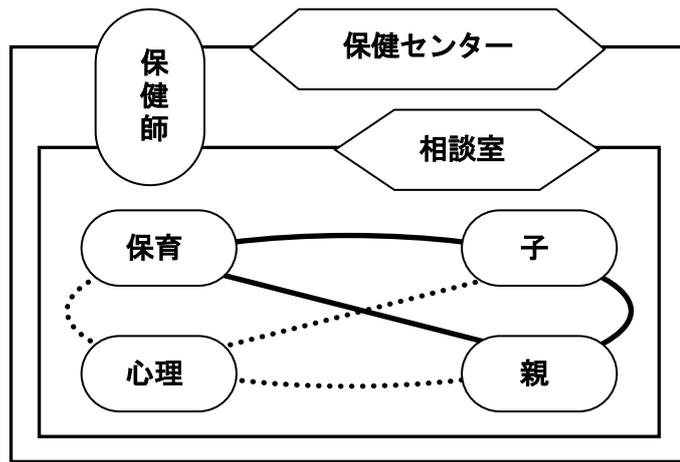


図 5.1.3 アイデア 2 (瀬々倉.2000-R)



図 5.1.4 は、子どもが 3 歳程度以上で、子どもへの虐待事例などのように親子の関係が相当にこじれていたり、養育者に深刻な悩みがあったりすることによって、子どもに影響を及ぼしていると心理職が判断した場合などに、敢えて親子を分離して（別室の場合も含む）関わる例である。これは、見かけ上、前章の図 4.3.4 と同様であるが、そこでは保育士と心理職が互いにどのように協働すれば分からない段階で、自身の担当に集中せざるを得なかった結果、殆ど 2 次的関わりが機能していなかった状態であるのに対し、図 5.1.4 では敢えて積極的に親子を分離しているものであり、質の異なる関わりである。

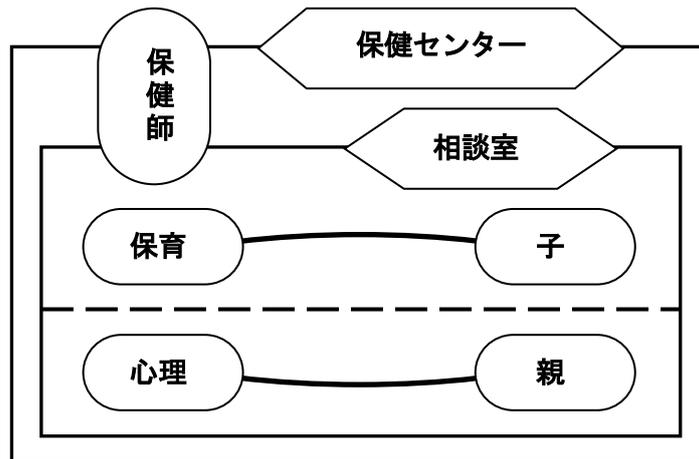


図 5.1.4 アイデア 3 (瀬々倉.2000-R)

[Redacted text block]

上記では，援助環境の心理アセスメントの結果導き出された援助構造の活用・工夫について述べた。

その他，現状では多くの場合，保健師が援助全体を主導的にコーディネートおよびマネージメントしているが，保育士や心理職から改めて別のコーディネートを保健師に依頼したり，さらに，連携する可能性のある職種についての知識や子ども特有の身体的な疾患などに関する知識を保健師から積極的に提供してもらったりすることも考えられる。

また，ここに挙げた援助構造の積極的活用のアイデアは，それぞれの事例の中で必ずしも固定されなければならないものではなく，継続的な相談面接の経過に応じて移行したり，1回のセッションの中でも必要に応じて移行したりすることが可能である。

文献

瀬々倉玉奈（2000）援助側をアセスメントということ 試案(1)－連携スタッフとの対話から生まれる援助の可能性と限界－.京都国際社会福祉センター紀要 発達・療育研究.第 16 号.Pp.27-41

第2節 相談型アプローチ 2: アウトリーチ型

本項では、強い育児不安を訴える妊娠後期の母親とその子どもらに対して、保健センターから家庭訪問による危機介入を行った事例について考察する。

家庭訪問という援助の形態は、保健師の職制には含まれているが、保育士や心理職をはじめとして心理職にとっては、それ程馴染みのあるものではない。第2章第1節で考察したように、筆者は国内外の複数の心理職による逸脱行為が報告されていることに危惧を抱き、その誘因の一つとなりうるとして、個人心理療法において生起する特殊な人間関係とそれに伴う危うさに注目してきた(瀬々倉.1996)。そして、例えば心理職の初学者がオーソドックスな構造として学ぶ、毎週1回約1時間、決まった場所で決まった担当者が援助対象者(クライアント)に会うといったものを遵守することによって、専門性を保った支援を行うことが出来るという結論に一旦は至っており、それを護らないということは、構造を破る危険なことで、特に慎重にならなければならないと論じていた。

その為、本事例で初めて家庭訪問を行うことになった際には、躊躇や不安を感じずにはいられなかったというのが正直なところであるが、後述するように、援助環境の心理アセスメントの結果、家庭訪問を行う決心をした。

その結果、以下の3つの重要な事柄を教示された。①長子や母親自身を対象に継続的に行われている心理的なサポートが、一時的に途切れることの多い周産期を含めた妊娠後期、及び出産後の数ヶ月ならではの心理的な危機の存在、②家庭訪問による心理的支援の必要性、③家庭訪問という通常とは異なる援助形態における、援助環境の心理アセスメントの重要性である。

1.事例の背景

少子化、子育て不安の蔓延、子どもへの虐待の増加など、現代の親子をめぐる深刻な状況は、母子保健領域でも顕著である(Sesekura.2004)ことは、第1章第1節において既述している。世界的にも高水準とされる日本の母子保健事業の中核である、乳幼児健康診査や妊婦健康診査などを未受診の親子が近年問題となっており、子どもへの虐待のリスクを抱えている率が高いことが大阪産婦人科医会によって明らかにされている。そこには「胎児虐待」という、非常に早期から危機状態にある例が含まれている(光田.2011)。

既述したように、厚生労働省は、2001年度に10年間（後に延長）の活動指標として「健やか親子21」を提示し、「子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減」が4つの課題のうちの1つとして設定された。さらに、これまで保健師によって行われてきた新生児訪問指導に加えて、2009年から「乳児家庭全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業）」や「養育支援訪問事業」などが施行されるようになり、主に、助産師、保健師などによる訪問支援が始まっている。

家庭訪問事業は、欧米では古くから行われており、デンマークやノルウェーなど北欧での事業が有名である（西郷.2007）。また、英国では、訓練されたボランティアと有給のコーディネーターによる「ホーム・スタート」が30年前から行われており、2004年度からは、「ホーム・ビジティング」という活動が開始されている。これは、「ドアノッキング」（玄関先での訪問）に留まらず、家庭内に2時間程度滞在し、相談援助や子育て・家事支援などを行う援助である。

米国では、1970年代に小児科医のケンプが児童虐待への対応として家庭保健訪問員の活動を活性化し、1980年代にハワイ州から始まった「ヘルシー・ファミリー」などの事業は、米国内だけに留まらず、カナダなど実施地域を拡大しながら続けられている（西郷.2007）。

これら、海外での家庭訪問支援では、evidence based practiceであることが求められ、訪問者には一定の学歴や資格と共に、研修を受けることが求められている（桐野.2011, 西郷.2011）。

ところが、日本において新たに始まった家庭訪問支援については、45.7%の自治体で訪問者に対する研修が全く行われておらず、18.2%の自治体では研修の有無さえ把握していないこと、また、その方法や経験の蓄積がどの職種においてもなされておらず、情報交換もなされていない（西郷.2011）など、大きな課題が明らかとなっている。

乳児家庭全戸訪問事業について充実度が高いと考えられる自治体では、吉田・山下・鈴宮（2005）が導入を提案しているエジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）（Cox.1987）などを活用して保健師や助産師がスクリーニングを行い、ハイリスクと判断された場合は、精神科などへのリファーが行われている。しかし、益邑・中村・吉田・三橋・堤・佐藤・中板（2013）が乳児家庭全戸訪問事業について全国の自治体を対象に行った調査によると、訪問時に市区町村で独自に作成した質問紙やEPDSなどに記入してもらうことがあると回答したのは50.5%と約半数に過ぎない。また、この乳児家庭全戸訪問をきっかけにして、

新たに設けたり拡張したりした事業があると答えた市区町村は、13.5%と少ないのが現状である。さらに、その訪問スタッフは、母子保健事業の中心スタッフである保健師(87.5%)や助産師(41.3%)が多いことは当然であるが、心理職は複数回答1090件のうちたったの1件(0.1%)である。産後ケアや新生児の体重測定、具体的な新生児ケアなど、保健・医療職ならではのケアを実施することが可能である一方、育児不安などを訴える母親に対しての心理的な危機対応については、十分な対策が立てられているとは言い難い。なお、乳児家庭全戸訪問事業については母子保健事業ではなく、児童福祉法に基づいた事業であるが、母子保健領域において既に行われている母子保健事業のなかの訪問事業(妊産婦訪問指導・新生児訪問指導・未熟児訪問指導・養育支援訪問事業)とかね併せて実行しても構わないとされている。本論文第1章第2節において、筆者が2001年度【2001調査】(瀬々倉.2010)と2011年度【2011再調査】にほぼ同じ内容で保健師と心理職とを対象に実施した心理職の役割に関する全国調査の結果を比較検討している(一部については、公刊:瀬々倉.2012・2013)。従来から実施されている母子保健事業のうち心理職が関わる必要があると考えられるものについて保健師と心理職に尋ねた項目では、【2011再調査】の妊産婦訪問指導、新生児訪問指導、養育支援訪問事業の3事業のみが、保健師の回答に対して心理職の回答の方が低くなっている。

もっとも、これらの訪問事業に比して、2009年に開始された養育支援訪問事業に心理職が関わっている割合が最も高く、必要性を感じている割合も保健師で44.6%、心理職で39.0%と相対的に高い値を示している。この養育支援訪問事業の目的が、育児ストレス、産後うつ病、育児ノイローゼ等の問題によって、子育てに対して不安や孤立感等を抱える家庭や、様々な原因で養育支援が必要となっている家庭に対して行うものであり、この問題に対処しうる職種として心理職が認識されつつあると推察される(瀬々倉.2013)。

既に1970年代のアメリカミシガン州では、乳幼児精神保健学分野のパイオニアで、ソーシャルワーカーであり、かつ、精神分析家でもあったFriberg, S. (1918-1981)らによって、家庭訪問による「the therapy in the kitchen(キッチンでのサイコセラピー)」が始められ、早期の親子関係に介入することで虐待の予防が行われていることについては、第2章第2節において述べている。日本の乳幼児精神保健学の分野においても、渡辺や橋本(2002ほか)、永田(2011)などが、周産期の親子を対象に新生児集中治療室NICUにおける先駆的な援助実践研究を行っているが、家庭訪問による援助についての報告は殆ど認

められない。

筆者は、上述した乳児家庭全戸訪問事業や養育支援訪問事業の制度が開始される以前から、保健師や保育士らと協働し、保健センターから家庭訪問による援助を行っている。養育支援訪問事業による心理職への期待が徐々に高まっている現在、筆者が初めて保健センターから家庭訪問によって危機介入を行った事例を検討することは意義があると考えられる。

本項では、母子保健領域という他職種と協働しながら行う親子援助、なかでも、従来の親子が保健センターに来談するという援助形態ではなく家庭訪問という援助形態に際しての心理職（臨床心理士）の戸惑いなどを振りかえり、従来の形態とは異なる援助において専門性を保つ工夫について（援助対象の）心理アセスメント及び援助環境の心理アセスメントという視点を中心に考察する。

2.事例の経過と援助対象および援助環境の心理アセスメント

(1)事例の概要

[Redacted content]

一方、援助者側には、通所の来所型とは異なる体験過程が確認された。例えば、心理職は通常と異なり、子どもらと保育士の様子を見守りながら母親に対応することが出来ず、時間感覚も曖昧になるといったことが認められた。

(2)面接過程における援助対象・環境の心理アセスメント

以降，以下のように略記する。PHN：保健師，CN：保育士，CP：心理職（臨床心理士）

[Redacted text block]

援助環境の心理アセスメント

CP にとっては，家庭訪問を行うのは初めてのことであり，自身の緊張感の高さも否定できないことから，事前に以下のような援助環境の心理アセスメントを行った。

- I. 「組織に関する側面」：①組織の位置づけ ②組織における援助活動の位置づけ
③組織と他機関との連携状況

以上については，第4章第1節と重複するため割愛する。

- II. 「スタッフに関する側面」：①職種・職制 ②常勤・非常勤などの勤務条件
③現時点での職業上の経験や能力。

担当保健師：①家庭訪問を行うことは通常のことである。②常勤 ③母子保健担当保健師のリーダー格であり，臨機応変に対応可能である。

保育士：①家庭訪問は通常業務ではない。②非常勤 ③子どもに合った遊びを提供することに長けている。この前に1回家庭訪問による支援を経験している。

心理職：①家庭訪問は通常業務ではなく，未経験である。②非常勤 ③危機介入については経験を積んでいる。

Ⅲ. 「援助構造に関する側面」：①協働スタッフの援助対象の見立て方・アプローチ

②スタッフ間の関係 ③パーソナルな部分も含めた状況

④援助関係

①協働スタッフの援助対象の見立て方・アプローチ：第4章第2節および第3節と重複するため割愛。

②スタッフ間の関係：極めて良好である。

③パーソナルな部分も含めた状況：保健師；特記事項無し。保育士；多少緊張している。
心理職；かなり緊張している。

④援助関係：通常とは異なっている。

既述したように、CPである筆者は、家庭訪問が初めてであり緊張も高かったが、保健師は家庭訪問が元も職務として含まれていること、今回チームを組む保健師と保育士とは数年間にわたって様々な援助の工夫を重ねるなど信頼関係も形成されてきており、このメンバーであれば多少のことは対処できるという、事前の「援助環境の心理アセスメント」をもとに出向くこととしたものである。

3.家庭訪問に関する、協働スタッフへのインタビュー

第4章第2節で記載した保健師と保育士との対話形式によるインタビューには、本事例の経験をもとにした家庭訪問に関する内容も含まれている。ここでは、保健師、保育士及び心理職が同一の家庭訪問事例を通して経験した内容を援助環境の心理アセスメントⅢ.援助構造に関する側面（①協働スタッフの援助対象の見立て方・アプローチ、④援助関係）の一貫として提示する。家庭訪問部分の対話を記載し、第4章第2節と同様の方式で、心理職（臨床心理士）である筆者が、それぞれの職種との対話の中から抽出した文脈を対話の後に提示するという形式をとっている。なお、保健師は、職制として家庭訪問が含まれていることから、家庭訪問について筆者が教えてもらうという形となった。

（1）保健師との対話

██

██

██

[Redacted text block]

保健師の文脈

- ・ 緊急性があり危機的なものを感じた場合には，直接会うのが一番いい。
- ・ 保健師は，家庭訪問を行うことが出来る職業である。
- ・ 情緒的なものへの対応については，保健師の専門外である。

保健師との対話 2 家庭訪問と保健センター内で行う援助の比較

[Redacted text block]

保健師の文脈

- ・保健センターであろうが，家庭訪問であろうが通常の援助に変わりはない。

保健師との対話 3 保健師の家庭訪問の内容

I21:他の家庭訪問というのは，大体他の職種の人と一緒に？

PHN20:いえ，単独で行く場合もあるんですよ。(略)様子確認じゃないですけど，例えば，一人で暮らしておられて，こちらの事業に参加されてる方が，しばらくお休みされたときに，(略)様子を見に行く場合もありますし…。(略)定期的に脳卒中などで訓練が必要な場合があるんですね。その場合は，リハビリのメニューをリハビリの先生に作っていただいて，一人で行って，お家の方と一緒にリハビリをやるという場合もありますし，お風呂に入れるという場合もあります。

PHN21-2:赤ちゃんのお家に行く場合であれば，体重計と身長計を抱えて行って，健康状態を見て育児指導するわけなんですけど，一番最初に，誰かスタッフを連れていくというのは珍しいんですよ。

PHN21-3:まず，お家に行かせていただいて，何が必要かなというのを情報収集するんですね。で，1回行って，こちらがお話しさせていただいて，それで済む場合もあるんですよ。

保健師の文脈

- ・一人で行く家庭訪問の内容は，様子確認，リハビリ，入浴，育児指導など様々である。

保健師との対話 4 家庭訪問に対する心理職の躊躇について

[Redacted text block]

[Redacted text block]

保健師の文脈

- ・保健師だけではうまくいかないと予想される場合は，専門職を連れていく。

保健師との対話 5 保健師の家庭訪問の意味

[Redacted text block]

保健師の文脈

- ・保健師が行くことによって，何らかの状況変化が起こらなければ，家庭訪問の意味がない。
- ・何らかの効果がなければ,援助とは言えない。

(2) 保育士との対話

保育士との対話 1 家庭訪問に行くにあたっての保育士の戸惑い

[Redacted text block]

保育士の文脈

家庭訪問の場合は、前もってどういうおもちゃがあるのかが分からず、遊びで大切な要素である発展性につなげられるかどうか分からない。

保育士との対話2 個人・集団による通常の関わりと家庭訪問での関わりとの比較

I58: (略) お家の状況だとか、いろいろ多分感じられたと思うんですね。

CN57: (略) 集団保育と個人相談と訪問では、自分の立場が違うと思ったんです。(略)

CN59-1: 集団の時は、“動”の遊びが多くって、提供する遊び、メリハリのあることをしますけれども、個別の相談の時には、取りあえず子どもさんの緊張を緩和させるっていうことを優先させて、様子を見ながら(略)声掛けをすることが多い。

CN59-2: 訪問の場合は、まず、環境を見てみないといけないというのと、何があるのか、どんなおもちゃで普段遊んでいるのかを察知しないといけないなと思ったんです(略)

I67: (略) そうすると、別のところでいうと、より、緊張度が高いですか。

CN66: (即座に) あ、緊張度が高いです。はい。

CN67: いろんな電波っていうかを走らせておかないといけません。パ、パ、パ、パーンと(略)

I109 で、集団の時はもっと(略)引っ張る感じになるんですかね。

CN109: 一種のお山の大将です。「はい、私を見てちょうだい」ですよ。

保育士の文脈

- ・同じ保育でも，集団，個人，家庭訪問によって関わり方が違う。
- ・家庭訪問は，緊張度が特に高い。

保育士との対話 3 家庭訪問で援助するメリットとデメリット

I64: (通常行っている) 個人 (相談) と訪問ということにだけに関して言うと…

CN63-1: (略) 個人の場合は，(略) 遊びを提供させてもらいながら，その子どもの活動内容の予想を立てて行くんですね。段階を踏むことが出来るんですね。

CN63-2: (略) 助言も提供もしやすいし，緊張しているのを緩和するのも，早くに弛めてあげられる (略)。

CN63-3: 訪問すると，相手の方に踏み込んでいくので，(略) どうやって伝えようかと思いましたがね。子どもの遊ぶ活動計画を立てにくいんですよ。

I70: 逆に，個人と訪問で，訪問のメリットって何だと思えます？

CN69-1: (略) 普段住んでる場所だから，子どもさんの方がすぐに主導権を握ることが出来る。(略) 「ついて来いよ」じゃないけども，「こうするんだよ。ああするんだよ」と教えてもらえるんですよ。あ，こんな考えしているのかっていうのが分かったりしますね。

I71: あ，そうか，こっちがちょっと後からついていくという形になりやすい分，その子を持っている世界っていうのが割とわかりやすい。

CN70: 早くに。それは，早くにわかりやすいですね。

保育士の文脈

- ・保育するにあたって，子どもに合った遊び・活動内容の予想を立てる必要がある。
- ・子どもとの関わり方，遊び方には「助言」「提供」「緩和」というパターンがある。
- ・子どもの世界を早くつかむことが大切である。
しかしながら，訪問ではそういうことが難しい。一方で，子どもが主導権を握りやすいため，その子どもの世界が分かりやすい。

保育士との対話 4 家庭訪問での役割意識の混乱

[Redacted text block]

保育士の文脈

保育は、単に保護的、母性的なものではなく、専門性をもった指導であるが、家庭訪問では、役割意識が混乱してしまう。緊張のせいだろうか・・・。

4. 考察

[Redacted text block]

まず、本事例で課題となった、母親の妊娠と心理相談、次いで家庭訪問による援助について考察したい。

(1)母親の妊娠と親子の心理相談

本事例で援助対象となったのは、妊娠後期の母親とその子どもらであった。筆者は、心理職（臨床心理士）として複数の保健所・保健センターや小児科医院、大学附属の心理相談施設などでの相談経験がある。その過程で、次子の妊娠・出産によって、母親自身の相談や、長子に関わる相談が一時的に中断される事例を少なからず経験している。おそらく、筆者だけでなく、あらゆる心理相談機関において、妊婦である母親に、「それでは、無事にご出産されて落ち着かれたら、相談を再開しましょう」と伝えることは、ごく当たり前のこととされている。古いデータであるが、過去の相談記録をもとに、改めて母親の次子の妊娠・出産と長子にまつわる相談の継続との関係について調査した結果（瀬々倉・林・奥本.2003）を提示する。

ある保健センターにおいて、1993—1999年度の7年間に実施した親子の相談記録をもとに、以下のデータ分析を行った。

- ① 保健センターでの相談面接の継続が必要であると判断したにもかかわらず、何らかの理由で6ヶ月以上相談面接が行えなかった**中断事例**の抽出。
- ② 中断事例の内、子どもの問題を解決する目的で何らかの機関と関わっていることが確認できた事例を除いた**援助中断事例**の抽出。
- ③. 援助中断事例の分析。

その結果、① 母集団(n=112)の内、中断事例は25事例（22.3%）であった。② 中断事例の内訳を表5.1.2.1に示す。このうち何らかの機関と関わっているC・Dを除いた、どこからも援助を受けていない援助中断事例は、17事例で中断事例中の68.0%を占めた。③ 次子の妊娠・出産が原因のAは、援助中断事例中の過半数にあたる9事例を占め52.9%であった。

表 5.1.2.1 中断事例の内訳

A	次子の妊娠・出産	9 事例 (36.0%)
B	母親が有職	4 事例 (16.0%)
C	集団刺激等を目的とした保育園 入園	4 事例 (16.0%)
D	他機関受診	4 事例 (16.0%)
E	相談を希望せず	3 事例 (12.0%)
F	連絡とれず	1 事例 (4.0%)

上記の結果からは、次子の妊娠・出産という周産期が長子にまつわる相談の継続に大きな影響を与えているという現状が把握された。特に問題のない場合でも、母親が次子を妊娠・出産することによって発生する長子の「赤ちゃん帰り」、心理的な退行などについては、一般的に知られている事柄である。母親の心身の変化や実際的な環境の変化が起こる妊娠・出産、周産期に援助機関との関係が途切れることが危険な場合も考えられる。

一方、「健やか親子 21」では、4つの課題が設定されたことは既述した。そのうちの第2課題は、「妊娠・出産に関する安全性と快適性の確保と不妊への支援」である。具体的な取り組みの中には、「妊婦の心の問題に対応した健康診査体制や出産形態の採用、カウンセリングの強化などの取り組みが必要」とされている。こうした取り組みには、早い時期から新生児集中治療室（以下、「NICU」と略す。）に臨床心理士として関わり、活発に援助実践・研究を行っている橋本（2000 など）や永田（2011 など）らの貢献が影響していると考えられる。2013年には、第1回の日本周産期精神保健研究会が開催されるにいたっている。

しかしながら、これらの取り組みや実践についての報告は、新生児が低出生体重児であったり、何らかの疾患を抱えていたりといった理由で、NICUに入院している例が多い。もちろん、それだけ緊急度は高いと言えるが、本事例の親子のように、母子共に医学的（生理的）には健康であっても、心理的な危機状態に陥る親子が認められている。そのような場合に、妊娠・出産時期というのは、医療以外のケアからは遠ざかりがちな時期であることが上述の調査から確認できており、保健センターという地域に根ざした機関から、保健・医療の専門職である保健師や保育士らと協働して、心理職が家庭訪問に関わることは重要

である。

(2)家庭訪問と援助対象・援助環境の心理アセスメント

ここでは、本事例で重要となった家庭訪問について考察する。

第1章第2節では、心理職の役割に関する全国調査結果のうち、家庭訪問事業に関する項目については、「訪問事業は、心理職にあまり浸透していないが、新たに開始されている養育支援訪問事業については、他の訪問事業に対して実際に心理職が関わっている割合が高く、保健師、心理職共にその必要性を感じる割合も相対的に高くなっている。」としている。しかし、心理職の立場から、保健センターからの家庭訪問について報告されたものは殆ど認められないことについては既述している。

そこで、母子保健領域に限定せずに臨床心理学的な観点から家庭訪問支援を行うことについて論じた文献に視点を広げてみても、やはりその数は多いとは言えないが、不登校の子どもに対しての訪問とその事例報告は古くから行われている（長坂.1997）。

しかしながら、2014年2月に開催された「平成25年度日本臨床心理士会定例研修会Ⅱ（大阪）」の案内によると、複数ある選択制の研修テーマの中に、はじめて「心理職におけるアウトリーチー子ども家庭支援の現場からー」が5時間以上もかけて行われる研修テーマとして設定されているほか、「臨床心理士による様々な場面でのアウトリーチ活動」といった分科会も設定されており、まさに今、心理職もアウトリーチ、家庭訪問支援について現実に考え、実践を行っていく必要がある時期に至っていることが理解できる。

以下に、これまで国内で報告された臨床心理学的な視点からの訪問支援について概観する。

二村（1994）は、従来言われてきた「臨床心理学的地域援助」は、地域社会に向けての「コンサルテーション理論」によっており、この理論におけるコンサルタントは、当事者（援助対象者：筆者加筆）に対しては「局外者」という立場にあり、間接的な関わりに留まっていると指摘している。その上で、長い統合失調症の病歴を有し、自宅に閉居している男性への訪問事例を報告し、当事者（援助対象者）にとっての訪問者の意味について考察している。

長坂（1997）は、不登校状態にある女子高校生への訪問面接の事例をもとに、訪問面接独自の構造について考察している。この中で、訪問面接では、構造を柔軟に考える必要を認めた上で、あくまでも原則としては、構造を厳密に護ることの重要性を指摘し、構造を

緩やかにしなければならぬ場合には、その理由を考えるべきであるとしている。

さらに長坂（2006）は、不登校事例への訪問面接についての構造の検討を進め、39例の事例報告を対照群とし、自験例34例とを構造面から比較検討している。

大塚（1997）は、思春期の場面緘黙児に対して、支援の初期段階で行った訪問面接を中心に論じている。思春期のケースでは、本人が来談することが難しく、母親面接や両親面接になることが多いが、訪問面接の利点として、本人に直接接触できること、従来型の来談による面接では得られない、本人を取り巻く環境や家庭の雰囲気など生のデータが得られることなどを述べている。一方で、訪問ならではの問題点としては、治療構造が援助対象者に委ねられることで、家族の入室や環境音による面接の流れが妨げられる場合のあること、身の危険を感じる場合さえあること、援助対象者が過度に依存的になる場合があることなどをあげている。これらの問題から、転移現象をめぐる問題が生じやすいという訪問特有の難しさを心得たうえで、訪問面接における危機的場面の意味ある展開への活用について触れ、その為にも治療的枠組みに留意する必要があるとしている。また大塚は、訪問面接に適応する例として、発達のな問題や神経症レベルの問題からくる登校拒否・非行など思春期、青年期で、現状としては閉じこもっているものの自分を理解してくれる他者との接触を望んでおり、治療的な枠組みを守れる現実検討能力のあるクライアントであるとしている。

上述した訪問面接に関わる議論は大いに参考となるものの、本事例のように子育て・子育て支援における訪問面接とは大きく異なる点が2点あげられるだろう。1点目は、援助対象者の来談意欲である。筆者がこれまでに実施した保健センターからの家庭訪問は、本事例のように①母親が出産前後で、相談意欲はあっても来談できない事例、②長子を中心とした継続面接の過程において、次子が出産前後で来談できない一時的な対応として家庭訪問を行う事例、③家業等との関係で家を空けることが出来ず、家庭訪問を希望する事例などである。これらは、むしろ、強い相談意欲はあるけれども、来談できない事情があり、それをクリアするために家庭訪問を実施している。2点目は、家族力動に関する考え方の違いである。不登校事例においては、本人の内界を大切に扱うことと、家族の思惑に訪問援助者が巻き込まれることとの関係に注意する必要がある。しかし、乳幼児期の子育て・子育て支援における相談は、援助対象の親子が保健センターに来談する形式であった場合でさえ、初めから家族力動の中に心理職は敢えて巻き込まれながら関わることになる。特に、

乳幼児精神保健学の立場から、親子の関係性を扱おうとすればなおさらである。この2点については、不登校事例に対する訪問において問題となる事柄とは異なる点であるが、その他に論じられていることについては、多くの共通点が認められる。

ここで、本事例における援助環境のアセスメントについて改めて確認することで、保健センターからの家庭訪問について考察する。

それまでに、従来型の心理療法における親子援助の構造、親子並行面接（図 5.2.1）と、保健センターにおける親子援助（図 5.2.2）の違いについては検討してきており、保健センターならではの構造を積極的に活用するようになっていたことは、本節 1. でも記載している。ところが家庭訪問時には、図 5.2.2 のような通常の構造が、図 5.2.3 のように感じられた。つまり、家庭訪問によって保健センターという構造の護りが薄れてしまうように感じたのである。その為、この時点では、保健師に保健センターの護りを視覚的に体現してもらおうべく、制服での訪問を依頼した。

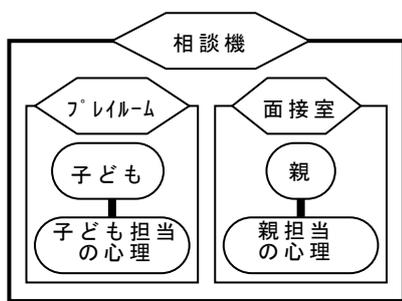


図 5.2.1 親子並行面接
(瀬々倉.2000)

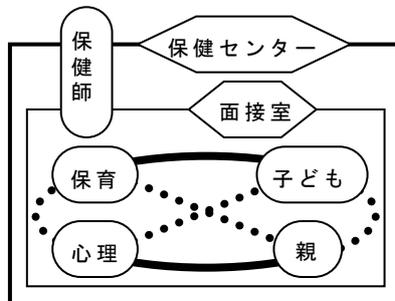


図 5.2.2 保健センターでの親子援助
(瀬々倉 2000-R)

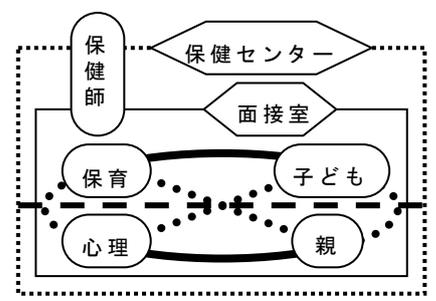


図 5.2.3 家庭訪問
(瀬々倉. 2000-R)

また、第2回の訪問時、通常であればこの頃のスタッフは、図 5.2.2 のように、太線の一次的な関わりだけでなく、二次的な点線の関わりを活用して支援にあたるのが可能となっていたが、家庭訪問時には、その二次的な関わりについては殆ど活用できない状態になっていることが理解できた。その為、敢えてそれぞれの職種が自身の担当を全うするべく話し合った。

このように、通常とは異なる家庭訪問という形態においては、いつも以上に援助環境の心理アセスメントという観点が重要であった。この援助環境の心理アセスメントを、さら

に強化するように、改めて協働スタッフにインタビューしたものを本節の3に記した。保健師との対話2において、通常業務に家庭訪問が含まれている保健師は、「保健センターであろうが、家庭訪問であろうが通常の援助に変わりはない。」としており、まさに図5.2.3において、保健センターを体現する存在となってもらったのには意義があったと考えられる。

一方、保育士は、心理職同様に緊張や戸惑いは感じていたようである。また、対話によって、自らの関わり方が集団・個人・家庭訪問で異なることが意識された。その保育士との対話2・3を図式化したのが、以下の図5.2.4-5.2.6である。

保育士、心理職共に、不慣れな家庭訪問という形式であったため、このように、生起している援助関係を視覚化・図式化することによって理解しておくことは、それを有効に活用するためにも重要であると考えられる。

いずれにしろ、母子保健ならではの協働による援助の一つとして、心理職（臨床心理士）も家庭訪問を考慮にいれておく必要があると考えられる。

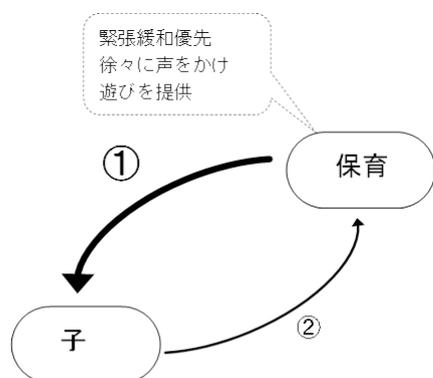


図 5.2.4 個別相談来所型（図 4.2.2 再掲）
（瀬々倉.2000-R）

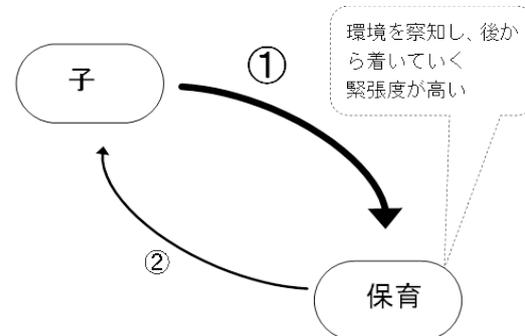


図 5.2.5 個別相談訪問型
（瀬々倉.2000-R）

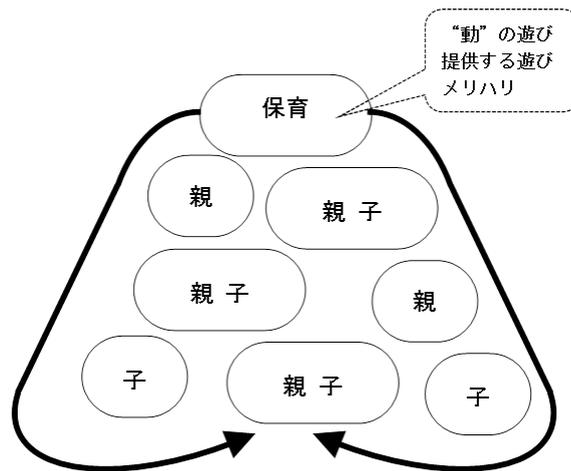


図 5.2.6 集団「親子遊び教室」(図 4.2.3 再掲)
(瀬々倉.2000-R)

なお、第 1 章第 3 節では、「養育支援訪問事業」担当者として心理職を雇用している鳥取県 X 市保健センターにおいて実施した保健師と心理職へのインタビュー調査結果（瀬々倉.2011）を報告している。その調査結果や本項での事例からは、心理職が保健師やその他の専門職とうまく協働することができれば、最早期の子育ち・子育て支援においてよりきめ細やかな関わりが可能であることが理解できる。

一方で、家庭訪問とスタッフの雇用条件との関係についても考える必要がある。既述したように、本事例で訪問支援を行った保育士と心理職は非常勤スタッフである。通常、半日の契約で働いており、センター来談型での個別親子相談の場合は、事前事後の打ち合わせを含めて半日に 3 ケース行うことになっている。また、その予約スケジュールは常に一杯である。ところが、訪問面接の場合は、家庭への往復時間が必要となり、半日に行えるケース数は、2 ケースもしくは 1 ケースとなってしまう。通常から非常勤スタッフではあっても、好意で相談面接後のミーティングや記録記載のために、契約時間を数時間超えて勤務することは常態化しているが、ボランティアで相談面接をすることはない。これは、相談において何らかの問題が生じた際の責任の所在にも関係するのはもちろんのこと、スタッフの生活にも関わる事柄である。筆者の場合は教育研究職としての常勤職を有しているため、契約日以外に保健センターに出向き、保健師のメンタルヘルス維持に協力したり、自身関わっていない乳幼児健診を見学したりすることで、協働関係の構築に寄与することが可能であるが、これは特殊なことである。

Y 保健センターでは、このことも重々理解しており、常勤である保健師が家庭訪問には

必ず同行しており、場合によっては、乳児の体重測定なども同時に行うなど工夫がなされている。これは、比較的住環境が豊かな家庭が多く、複数のスタッフが訪問してもさして手狭な状態にはならないことも影響してはいるが、保健師、保育士、心理職の3人ものスタッフが家庭訪問をするというのは、「たいそう」である感は否めない。

第1章第3節においてインタビュー調査を実施したX市保健センターでは、養育支援訪問事業の担当者として臨床心理学を専攻したスタッフがほぼ常勤に近い形で雇用されている。インタビューの中で心理職は、通常、家庭訪問に行くのは栄養士、委託の保育士、助産師などであり、心理職はそれらスタッフのマネージメントやスーパーバイザー的な位置づけにあるとしている。また、養育者が精神疾患を抱えていたり、虐待のリスクがあると判断したりする場合は心理職自身が訪問し、保健師など他職種と一緒に行く場合もあると答えている（INT007-016.INT164-171. CP164-171）。このように、既に開始されている養育支援家庭訪問事業や乳児家庭全戸訪問事業をさらに充実化し、「健やか親子 21」の第4課題となっている親子の心理的なサポートに寄与するためには、心理職の雇用形態の改善が必要であり、それによってさらなる柔軟な対応が期待される。

先に述べたように、保健センターにおける援助活動は従来の心理療法で得た知見を大いに活用しながらも、そのあり方は異なっている。中でも今回報告した事例は緊急性を要し、保健センターにおける通常の援助のように「待つ」形式にこだわってはいは、親子ともに問題がさらに深刻化していた可能性が高い。かといって、母親の語った内容の重さから考えても、何の臨床心理学的な観点もなく家庭訪問に出向いていたとすれば、却って混乱を招くおそれがあったらうことは想像に難くない。この家庭訪問による援助の過程では、通常以上に援助対象の心理アセスメントの重要性が増したのと同様、援助環境の心理アセスメントを実施した上での他職種との協働関係が重要であった。

文献

Cox, J. L., Holden, J. M. & Sagovsky, R. (1987) Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, Pp.782-786. 岡野禎治・村田真理子・増地聡子ほか

- (1996) 日本版エジンバラ産後うつ病自己評価票 (EPDS) の信頼性と妥当性.精神科診断学 7. Pp.525-533
- 二村晃 (1994) “訪問” による「臨床心理的地域援助」の試論.日本人の間柄を“気”を用いて表現して.心理臨床学研究.Vol.12.No.1.日本心理臨床学会.Pp62-72
- 橋本洋子 (2000) NICU とこころのケア-家族のこころによりそって.メディカ出版
- 一般社団法人日本臨床心理士会 (2013) 平成 25 年度日本臨床心理士会定例研修会 II (大阪) ご案内.
- 桐野由美子 (2011) 家庭訪問者の養成にむけてー研修とスーパービジョンを中心にー. 特集 家庭訪問(ホームビジティング)の新たな展開. 世界の児童と母性. 第 70 号. 資生堂社会福祉事業団. Pp.67-72
- 益村千草・中村敬・吉田弘道・三橋美和・堤ちはる・佐藤拓代・中板育美 (2013) 乳児家庭全戸訪問事業における訪問拒否等対応困難事例への対応の手引き.平成 22~24 年度厚生労働科学研究費補助金 (生育疾患克服等次世代育成基盤研究事業)「乳児家庭全戸訪問事業 (こんにちは赤ちゃん事業)」における訪問拒否等対応困難事例への支援体制に関する研究」.
- 長坂正文 (1997) 登校拒否への訪問面接 死と再生のテーマを生きた少女.心理臨床学研究.Vol.15.No.3.日本心理臨床学会.Pp237-248
- 長坂正文 (1997) 不登校への訪問面接の構造に関する検討 近年の事例と自験例の比較を通して.心理臨床学研究.Vol.23.No.6.日本心理臨床学会.Pp660-670
- 永田雅子 (2011) 周産期の心のケア 親と子の出会いとメンタルヘルス.遠見書房
- 西郷泰之 (2007) ホーム・ビジティング 訪問型子育て支援の実際 英国ホームスタートの実践方法に学ぶ.筒井書房
- 西郷泰之(2011) 家庭訪問支援(ホームビジティング)をマッピングする. 特集 家庭訪問(ホームビジティング)の新たな展開. 世界の児童と母性. 第 70 号. 資生堂社会福祉事業団. Pp.7-1
- 光田信明 (2011) 社会的リスクと周産期医療ー胎児虐待という観点からー.日本産婦人科医会第 41 回記者懇談会資料
- 大塚真由美 (1997) 緘黙児の訪問面接の意義 コミュニティの活用.心理臨床学研究.Vol.15.No.1.日本心理臨床学会.Pp89-97
- 瀬々倉玉奈 (1996) 臨床心理学的観点に立った援助法に関する一考察ー心理療法の特殊性とそれにともなう危うさを中心にー.奈良女子大学 研究年報. 第 40 号. Pp.143-156
- 瀬々倉玉奈 (2000) 心理的援助における援助側のアセスメントの必要性ー保健センターから家庭訪問に出向いた事例をもとにー. 日本心理臨床学会第 19 回大会発表論文集. P.118
- 瀬々倉玉奈・林美奈子・安部東子・奥本尚子・三宅理子 (2001) 地域における子育て・子育て支援の可能性ーある保健センターでの試み その(2)ー. 日本発達心理学会第 12 回大会発表論文集. P.93

- 瀬々倉玉奈・林美奈子・奥本尚子（2003）地域における子育て・子育て支援 ―事例検討を通じた異職種間のコラボレーションに関する理解―. 日本発達心理学会第14回大会発表論文集 S133. 指定討論者：加藤道代. 司会：三宅理子
- 瀬々倉玉奈（2010）母子保健領域における心理職の役割に関する全国調査.大阪樟蔭女子大学人間科学研究紀要.第9号.Pp.247-260
- 瀬々倉玉奈（2011）母子保健領域における心理職の役割に関する事例研究 ―鳥取県 X 市保健センターでのインタビュー調査―. 神戸大学大学院人間発達環境学研究科 研究紀要.第5巻1号.Pp.53-66.
- 瀬々倉玉奈（2012）「健やか親子 21」と母子保健領域における心理職の役割.日本子育て学会.第4回大会論文集.Pp.84-85
- 瀬々倉玉奈（2013）保健センターからの家庭訪問による親子支援と心理職. 日本子育て学会第5回大会発表抄録集. Pp. 94-95
- Stern, D. N. (1985) The Interpersonal World of the Infant:A View from psychoanalysis and Developmental psychology.Basic Books. New York
- 高野陽・柳川洋・加藤忠明（2008）母子保健マニュアル第6版.南山堂
- 吉田敬子監修吉田敬子・山下洋・鈴宮寛子（2005）産後の母親と家族のメンタルヘルス自己記入式質問票を活用した育児支援マニュアル.母子保健事業団
- 渡辺久子・橋本洋子編(2002)乳幼児精神保健の新しい風.ミネルヴァ書房

第3節 相談型アプローチ3: 母子保健事業フル活用型

本節では、子どもへの否定的な感情を躊躇無く表現して子育ての苦痛を訴える母親と、極端な発達の遅れは認められないものの、言語的なコミュニケーションがややとりづらく、生活の中での様々な経験不足が認められた男児の援助事例について検討する。

1. 事例の背景

第3章第2節において、市町村保健センターにおける親子の相談援助と、従来型の個人心理療法における相談援助の構造的な違いについて明確化した。既述したように、市町村保健センターでは、保健師を中心とした多職種によって複数の母子保健事業が展開されており、妊娠時の母子健康手帳発行から始まる最早期からの親子支援が可能である。その母子保健事業において、子どもの心身の発達をアセスメントおよびサポートするだけでなく、親子の関係性や養育者の心理的状态をも含めてアセスメントおよびサポートする必要性が出てきたことについても既に述べている（(援助対象の)心理アセスメント）。その目的の一つは、子どもへの虐待を含めたマル・トリートメント、不適切な養育の予防と改善である。

別の観点から言えば、保健センターで出会う親子は、未だ親子の関係を紡ぎ始めて間もない時期にあり、その子どもが第1子であれば、母親は「母の娘」から自身が「母」になる過程の女性である。Stern & Stern・Freeland（1998）によると、心理的な側面からみれば、妊娠・出産という出来事は女性が娘としてのアイデンティティから母親というアイデンティティへと移行する過程であり、それは、子どもを授かる喜びとともに、2度と単なる娘には戻れないという喪失感を伴うために、健康な女性であっても複雑な感情体験を経験する時期となる。このことは、出産後3日から2週間の間にあられる、涙もろさと抑うつを主症状とした一過性の情緒と認知の混乱、いわゆるマタニティブルーズと関係していると考えられ、中には、産後うつ病へ移行する場合もあるとされている。なお、周産期の精神疾患とそのケアについては、吉田（2006）北村（2007）永田（2011）等に詳しい。

また、母親になる過程で、母親自身とその母親（赤ん坊にとっての祖母）との関係、母親自身と子どもとの関係を重ね合わせるため、心理的には現在と過去を常に行き来するような状態となる。いわば、妊娠・出産という親子が出会う時期においては、母親は自分の子どもに向けて転移感情（本稿第2章第1節参照）を体験するのである。なお、

本章第2節において検討した援助事例においても、このような状態が認められた。このように母親になるための心理的な過程が展開されるため、母親自身とその母親や父親との関係が複雑であればあるほど、妊娠・出産の経過において経験する母親の心理的な過程は複雑なものとなる。これは、第1章第1節において述べた「世代間伝達」という視点とも関係している。多くの場合、被虐待経験などのマイナス面の「世代間伝達」が強調される傾向にあるが、プラスマイナスに関わらず、世代間伝達は生じているのである。

さらに Stern ら (1998) は、新たに母親になった女性は、信頼でき新米の母親が親としての実力を伸ばせるようあたたかく励まし、包み込んでくれるような心理的環境、支持基盤 *affirming matrix* を求めるようになるとしている。その対象として、一番分かりやすいのは母親の実母である。また、その支持基盤を求める気持ちの延長が、日本ではいわゆる「ママ友」を求める気持ちともつながると理解できる。こう考えると、第1章第1節で触れた、「公園デビュー」の失敗が、母親に酷いダメージを与えるのも理解できる。

既述したように、関係性障害の一つの典型である子どもへの虐待については、児童相談所が対応した件数が年々急増しており、同時にその発生や深刻化への予防策のヒントとなる調査研究も多数報告されつつある。たとえば、母親の出産満足度と、その子どもへの愛着との関連を調査した結果からは、出産満足度が高いほど子どもへの愛着が良好であることがわかっており (有本・島田.2010)、乳幼児期の親子支援においては、出産時の母親の情緒的体験についても考慮しておく必要がある。

中谷・本城・村瀬・金子 (2007) は、母親の防衛スタイルと虐待行為の関係について、DSQ 短縮版 (Andrews et al.1993) の日本語版である DSQ42 (中西.1998) を用いて分析し、自我機能が弱く十分に葛藤やストレスへの耐性が低い母親は、子どもの行動を被害的に捉えやすい傾向にあり、暴力的な養育へのリスクが高まりやすいとしている。また、母親のネグレクトなど遺棄系行為リスクを高める要因として、夫の育児への非協力や核家族、子どもの数が多いことなどがあげられている。

茂本・奈良間・浅野 (2010) が、母親が認識する乳児の状態および期待との相違、育児困難感の特徴とその関連を調査したところ、約2割の母親が、乳児の機嫌の変わりやすさ、摂食不良、生活に対する期待との相違等を認識していた。また、育児困難感の高さは、母親の不安・抑うつ傾向、子どもと気持ちが通じ合っていないという認識、育て

にくさを示す乳児の気質，日常生活に対する期待との相違等と関連が認められたという。この子どもと気持ちを通じ合っていないという認識や育てにくさを示す乳児の気質について対応しようとする際，養育者の共感能力は重要である。

Call (1983) は，乳幼児の情動と認知の発達に母親の共感能力に強く依存しているものの，共感を母親に教えることは難しいと指摘し，仮説として母親が他者からの共感的反応を体験することによって，乳幼児の世話にその体験を反映することができる可能性もあるとしている。これは，いわゆる従来型の心理療法の一形態としての親子並行面接などにおいて，養育者担当のカウンセラーを務めたことのある者であれば，経験的に理解しやすい仮説である。第2章第2節において，従来型の心理療法を用いて子どもの問題について対応するためには，親子並行面接といった形態をとることが一般的であると説明している。この時，子どもの問題に対応するためには，養育者の子どもへの共感的態度が不可欠であるが，このことを言葉で養育者に対してカウンセラーが指摘・助言するよりも，カウンセラーが養育者に対して共感的に寄り添い，養育者自身が十分にその事の意味を理解できたときの方が，結果的に養育者の子どもへの共感的態度が自然と示されるようになることはよく経験される。これは，先に述べた世代間伝達という観点からみれば，養育者は，自身が幼少時代に経験した被養育体験に基づいて子育てをしている可能性が高く，その際，共感的態度，受容を十分に経験できていなかった場合には，養育者として我が子にそのような態度をとることが非常に難しいことと関係している。

以下では，母子保健領域において，このような親子にどのような援助が可能なのか，事例を通して考察する。

2. 事例の概要と援助対象及び援助環境の心理アセスメント

(1) 事例の概要

[Redacted content]

[REDACTED]

[REDACTED]

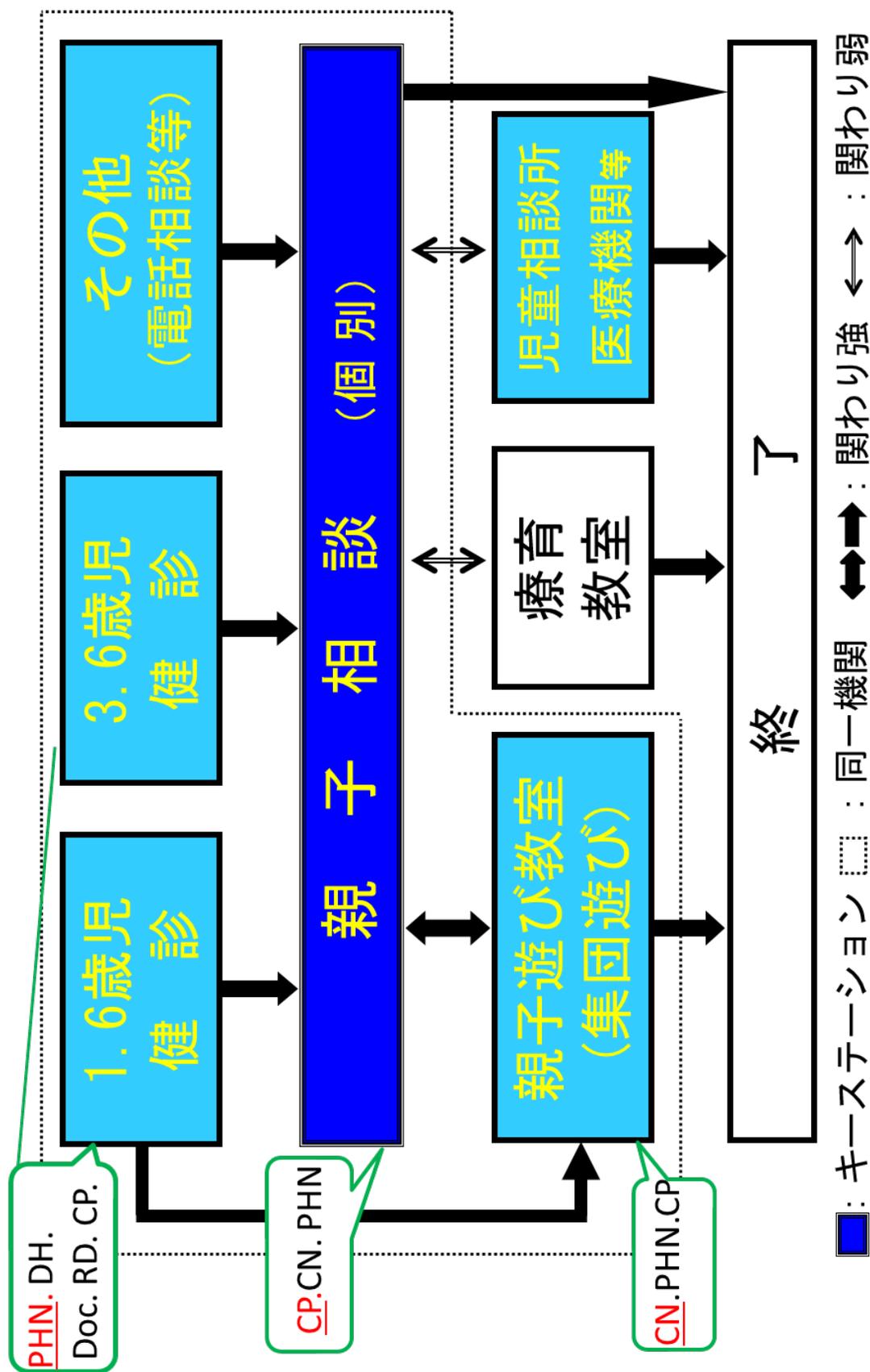


図5.3.1. Y保健センターにおける母子保健事業 (瀬々倉. 2000-R)

初回の面接時に、以下のような援助環境の心理アセスメントを行った。

援助環境の心理アセスメント：「組織に関する側面」

- ①組織の位置づけ：第4章第1節と重複するため省略する。
- ②組織における援助活動の位置づけ：第4章第1節と重複するため省略する。
- ③組織と他機関との連携状況：第4章第1節と重複しており、この事例開始時においても、他機関との連携関係は、特に密なものではなかった。

援助環境の心理アセスメント：「スタッフに関する側面」

- ①職種・職制：第4章第2節と重複している。原則として、保健師、保育士、心理職が関わる。

- ②常勤・非常勤などの勤務条件、および③現時点での職業上の経験や能力：

保健師；常勤スタッフで、保健師全体の長であり、柔軟にマネジメントを行うことが可能である。

保育士；非常勤スタッフで、個別親子相談では主に子どもを担当している。その他、集団の親子教室では、中心になって親子遊びを発案、リードしている。子どもに関わりながらその子どもにあった遊びを引き出すことに長けている。

心理職（筆者）；非常勤スタッフで、複数いる心理職の中で最年長である。子どもの発達についてある程度見立てることが可能である。また、養育者の子育てに関する困難などに共感的に関わるだけでなく、援助対象の心理的な不安や症状について見立て、対応することが可能である。

職能的には、保育士および心理職は男児と母親のニーズに対応可能であると考えられるものの、保健センターでは非常勤職の立場であり、実施可能な面接頻度は限られている。通常、一組の親子については、多くても一月に1回が面接可能な頻度であることから、緊急対応は不可能である。そのため、保健師が如何に、スタッフ同士のつながりが重要となると考えられた。

援助環境の心理アセスメント：「援助構造に関する側面」

- ①協働スタッフの援助対象の見立て方・アプローチ：第4章第2・3節と重複のため省略する。

- ②スタッフ間の関係：極めて良好である。
- ③パーソナルな部分も含めた状況：特記事項無し。
- ④援助関係：本章第1節と重複するため省略する。

③当面の方針

①援助対象の心理アセスメント，及び，②援助環境の心理アセスメントの結果を受けて，当面の方針を以下のようにした。

[Redacted text block containing multiple lines of blacked-out content]

3. 考察

子育て・子育て支援において、子どもの発達、養育者の心理的状态、親子の関係性、家族関係や援助リソースなど、援助対象の心理アセスメントを出来る限り正確に、多岐にわたって行うことは重要なことである。しかしながら、援助対象の心理アセスメントの結果のみをもって、保健センター内での母子保健事業の一環として行っている親子相談であることを無視し、面接頻度も確保できないまま、従来型の個人心理療法を母親に、又は、親子に心理職のみで行ったとすれば、早々に援助関係は破綻していたことが容易に推測できる。母親は、急速に退行して母であることを放棄してしまう危険性が否めず、例え、そうした事態が生じなかったとしても、母親だけの変化を待っているは相当の時間を要することになり、その間、D男の発達や情緒的なケアが置き去りにされてしまう可能性が高い。

また、別の観点からいえば、専門家として子どもの遊びについて豊富な知識と技術を持ち合わせている保育士や、保健センターにおける母子保健事業運営全般の要であり、医療・保健の専門職でその職制の中に家庭訪問なども含まれている保健師らの活用をしなければ、親子にとって不利益が生じるといっても過言ではない。

以上から、本事例の援助を実施したY保健センターにおいては、第2章第2節で例示したような、乳幼児－親心理療法の形態そのものを固守するのも不適切であることが理解できる。

なお、この事例は、児童虐待防止法や子育て支援施策などによって、地域の児童虐待防止に関するネットワークや地域における子育て支援センターなどが整備される以前のものに基づいている。そのため、図5.3.1にあるように、児童相談所との連携関係もそれ程十分ではなく、徐々に連携関係を密にしていくプロセスの中で可能性を模索しながら支援を行った。また、地域に保健センター以外の子育て支援の場も乏しく、その時有る支援リソースとして、母子保健事業をフル活用したというのが実情である。つまり、本事例の援助実施時における、援助対象の心理アセスメント、及び、援助環境の心理アセスメントの結果、可能な限りの支援リソースとして、母子保健事業のフル活用による援助を行ったものである。従って、現在のように、児童虐待防止法が制定されて支援経験

が積み重ねられ、地域の子育て支援施設も整えられ始めていれば、また、違ったサポートになった可能性は十分にある。この点については、第6章第2節において改めて論じる。

本事例では、保健センター内の母子保健事業をフル活用しながら、個別親子相談の中では、乳幼児親心理療法に近いアプローチが行われていた。この過程は、第2章第2節において既述した Stern (1995) の親子相互作用とセラピストの関係における各々の行動の背景と表象との作用についての議論を用いれば、以下のように解釈することが可能である (図 5.3.2 と図 5.3.3)。

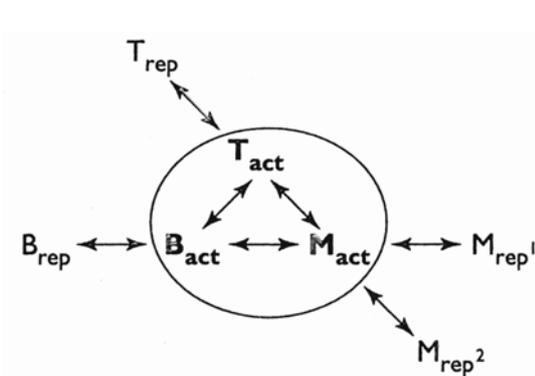


図 5.3.2 (図 2.2.4 再掲)

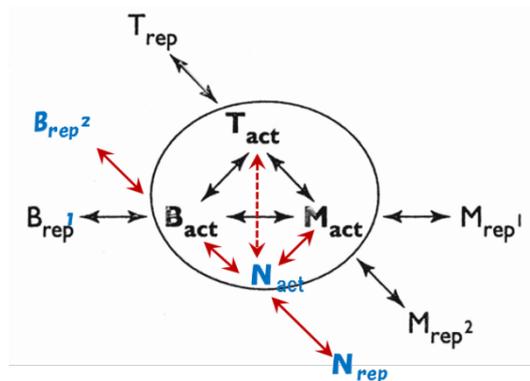


図 5.3.3 (Stern.1995.P.13 に加筆)

本事例では、母親と心理職 (Stern の図では、T にあたる) との相互作用の影響で、母親の表象 rep^1 には表象 rep^2 が加わるだけでなく、細やかに関わる保育士との影響で、D 男 (図中では、B にあたる) の表象 rep^1 にも表象 rep^2 が加わり、顕在化した親子の相互作用に変化が生じたものと理解できる。もちろん、母親、D 男それぞれの表象には、第4章第2節及び第3節において既述した面接室内で二次的に生じる関わり (図 3.2.7) や、その他の母子保健事業の中で、保健師やその他のスタッフ、他の親子との関わりなどが大いに影響している。Stern の図示との違いは、親子相談において、子どもに直接関わる保育士 (図中では N にあたる) の存在の違いである。

筆者は、一般的には「子育て支援」と呼ばれているものに対して、子どもが育つことを支援する「子育て支援」と子どもを育てることを支援する「子育て支援」は、時に一見、相矛盾する方向の支援を必要とすることから、「子育て・子育て支援」と呼んでいることは既述した (瀬々倉.2004)。この保健センターにおける親子支援では、親子同室面

Vol.14. Pp.387-422

- 福榮太郎・井上果子（2009）虐待タイプの違いが児童の行動特性に与える影響. 心理臨床学研究.Vol.27.No.3.Pp.278-288
- 北村俊則編（2007）事例で読み解く周産期メンタルケアの理論 産後うつ病発症メカニズムの理解のために.医学書院
- 永田雅子（2011）周産期の心のケア 親と子の出会いとメンタルヘルス.遠見書房
- 中西公一郎（1998）The Defense Style Questionnaire 日本語版（DSQ42）—日本での防衛機制研究のために. 慶應義塾大学社会学研究科紀要.47.Pp.27-31
- 中谷奈美子・本城秀次・村瀬聡美・金子一史（2007）母親の防衛スタイルと虐待的行為の関係. 心理臨床学研究 Vol.24 Pp.675-686
- 瀬々倉玉奈（2004b）「子育て不安」に関わる三者の「現実」—保健センターにおける「子育て・子育て支援」現場から—.山本登志哉・伊藤哲司編著.現代のエスプリ 特集 現実に立ち向かう心理学.現代のエスプリ.第 449 号.至文堂
- Stern, D. N（1995）The Motherhood Constellation:a unified view of parent-infant psychotherapy. Basic Books, New York U.S.A.
- 馬場禮子・青木紀久代訳（2000）親—乳幼児心理療法 母性のコンステレーション. 岩崎学術出版社
- Stern, D. N & N. B.・Freeland, A.（1998）The Birth of a Mother: how the motherhood experience changes you forever. Basic Books, New York U.S.A.
- 茂本咲子・奈良間美保・浅野みどり（2010）母親が認識する乳児の状態と育児困難感の特徴とその関連. 小児保健研究 VOL.69,NO.6. Pp.781-789
- 田丸尚美（2010）乳幼児健診と心理相談. 大月書店
- 津守真・稲毛教子（1961）乳幼児精神発達質問紙 1～3才まで.大日本図書株式会社
- 吉田敬子編著（2006）育児支援のチームアプローチ 周産期精神医学の理論と実践.金剛出版
- ZERO TO THREE: National Center for Infants, Toddlers, and Families（1994）Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood. 本城秀次・奥野光訳（2000）精神保健と発達障害の診断基準 0歳から3歳まで. ミネルヴァ書房

第4節 予防的アプローチ1：子育て教室における養育者間スクイグル法の導入

本節第4節と、次節第5節では、子どもの遊戯療法で使われることのあるスクイグル・ゲームの子育ち・子育て支援への応用について検討している。昨今の養育者の傾向を捉え（（援助対象の）心理アセスメント）、援助環境の心理アセスメントⅠ。「組織に関する側面」のアセスメント結果から、保健センターにおける子育ち・子育て支援は、公衆衛生という観点から子どもへの虐待的な関わりや親子関係の不調和、育児不安の深刻化等に対して予防・早期発見を重視しているのも特徴の一つであることを理解したうえで、導入したものである。これに対して、個人心理療法の場合は、既に症状形成がなされているなど、問題が形をなしてしまっているものに対応しようとするのが基本であり、この点で保健センターにおける子育ち・子育て支援と個人心理療法の目的は大きく異なっている。

「らくがきゲーム」を実施した地域子育て支援施設での実施結果をもとに、乳幼児期の子どもに関する相談として多い言語発達の背景にあると考えられる親子相互作用の不調への対処としての「らくがきゲーム」について検討する。

1. 問題と目的

第1章第1節で述べたように、近年の日本では、子育ての困難さが問題となっている。少子化や核家族化などによる家族形態の変化、結婚・出産時期の高年齢化などにより、子育ての開始期だけに限ってみても、その傾向は顕著である。かつて、多世代同居世帯が多かった時代、地域コミュニティの対人関係が密であった時代、核家族化はしていても里帰り出産が多かった時代には、新米の養育者と子どもに対して、周囲の者が自然に見守りや支援をおこなっていた。こうした状況に比して、現代の子育ては、養育者、特に母親のみへの負担が増加している。

また、少子化の影響から、養育者にとって出産したわが子が生まれて初めて接する子どもであるというケースも多く、子どもと直接に関わる実体験が乏しくなっている。多数の育児雑誌や育児書、子育てに関する講演会などから、養育者が子どもの発育・発達や育児に関する情報を得る機会は増えている一方で、その具体的な方法やスキルについて体験的には知らないまま知識だけを持っているというアンバランスな状態が認められることもある。例えば、初期の親子間の社会的相互作用 **social interaction** においては、

子どもが表出するサインに不慣れで、その応答に戸惑う養育者も少なからず存在しており、言語発達をはじめとした乳幼児期の良好な発達に好ましくない影響を及ぼす可能性を否定できない。保健センターなどで実施される乳幼児健康診査時における発達・心理相談でも、ことばの問題が1つのチェックポイントとなっている（高野・柳川・加藤 2008）。その背景には、子どもの器質的な問題、知的な遅れ、発達障害のほか、親子の関係性障害、養育者の被虐待経験などに起因する子育て不安など、単なることばの問題だけではなく様々な要因が関係している。中川（1998）も指摘するように、「ことばの遅れ」は、ことばだけの問題ではなく、乳幼児と養育者とをめぐり多様な問題にかかわる手がかりとして重要である。

乳幼児期の言語獲得の前提として養育者と乳幼児との前言語あるいは非言語的コミュニケーションの重要性に言及した Bruner & Sherwood（1983）は、「言語学習は、それぞれの言語の構造を学ぶことからのみではなく、コミュニケーションの手順を学ぶことから成る」としている。つまり、言語が獲得されるまでの前言語期には、「母親—乳幼児相互作用理論 a theory of mother-infant interaction in language mastery」ともいえるべき、乳幼児と母親（註1）という2者による共同作業が十分に展開される必要があり、その際、母親は、乳幼児の技能・ニードに繊細に波長を合わせる finely tuning 必要がある。ここでいう、「波長合わせ」は、なかなか合わないラジオの周波数に合わせようと集中し、懸命に努力している態度をイメージさせる。これは、あたかも、相手の感情や状態を自分のことのように感じようとする態度、「共感 empathy 的理解」と同義語と理解して良いだろう。

また、Papousek & Papousek（1983）は、養育者—乳幼児間のやり取り parent-infant interchanges を対象にした聴覚視覚的微小分析の結果（Papousek & Papousek.1977）から、直感的または一次的養育 intuitive or primary parenting（以下「直感的養育」と略す）の重要性を強調している。直感的養育とは、人間に本来備わっている養育行動であり、論理的で十分にコントロールされた意識的な行動とは区別され、次にあげる2つの特徴をもっているという。第1に、直感的養育行動が潜伏している期間は、論理的でコントロールされた意識的な行動のそれに比して短い。第2に、乳幼児とのやり取りには相当な相互依存的段階が含まれるにもかかわらず、直感的養育行動は、養育者を疲れさせない。また、彼らは、乳幼児の学習効果が最大限に発揮されるのは、遊びの場面や養育者との社会的相互作用の場面であるとしている。つまり、養育者の直感的養育行動を

活性化することは、乳幼児との前言語あるいは非言語的コミュニケーションを活性化することにつながるのである。

中川（2003）は、言語聴覚士という立場から、子どものころとことばが育つ関わりとして、①テレビをつけている時間を制限するなどの「静かな環境」、②共同注意 *joint attention*（Moore & Dunham 1995）や3項関係に代表されるような「子どもに注目し、子どもの興味に合わせていく関わり」、③「一対一での関わり」、④「子どもとともに楽しめる関わり」、⑤共感的な態度に基づいたことばがけなど「子どもの気持ちを大人がことばにして話してみる」などが必要であるとしている。これは、既述した Bruner & Sherwood（1983）や Papousek & Papousek（1983）が強調した前言語・非言語的コミュニケーションの重要性とも通じており、その成立に必要な親の関わりや養育環境を具体的に示している。

しかし、現実には、先述した子育ての難しさや養育者の子どもとの関わり体験の乏しさ、養育者にのみ家事育児の負担が背負わされているケースが多いなどの現状を考えると、上記のような養育者の直感的養育行動を伴った前言語・非言語的コミュニケーションが乳幼児との間に十分に展開されることは期待しにくい。Call（1983）は、Bruner, & Sherwood（1983）の研究結果を検討する中で、乳幼児期の情動と認知の発達は母親の共感能力に強く依存しているものの、共感を母親に教えることは難しいと指摘しており、それと同時に、母親が他者からの共感的反応を体験することによって乳幼児の世話にその体験を反映することができる可能性もあるという仮説を展開している。

以上より、出産後出来る限り早期において、（本来備わっているはずの）養育者の直感的養育行動を活性化し、前言語・非言語的コミュニケーションを豊かにする機会の提供が、意味のある子育て支援のひとつになりうると考えた。そこで、本研究では、子育て教室において、参加者である養育者どうしがペアとなり、交互になぐり描きを繰り返すことによって進められるスクイグル法 *The Squiggle Game* の変法を用いたワークが、養育者の直感的養育行動を活性化し前言語・非言語的コミュニケーションの疑似体験となりうるか、その可能性を検討した。

スクイグル法とは、小児科医・児童精神分析医である Winnicott（1971）によって、子どもの心理療法場面で使用されてきた交互になぐり描き法であり、クライアントーセラピスト間で展開される描画療法の一つである。小児科医の白川（2001）は、数回程度のスクイグル法を経験することで、ことばに遅れのある子どもが話せるようになったり、場

面緘黙の子どもが嬉々として話し始めたりする臨床事例を報告している。さらに、白川（2003）は、スクイグルの過程で展開されるクライアントーセラピスト間の関係を、2項関係 eye-to-eye contact から3項関係 joint attention へと移行する過程であるとし、子どもが言語を獲得する際にこうしたかかわりが重要な役割を果たすこと、スクイグル体験と育児や保育の体験には共通した部分が多く、だからこそ、スクイグル法が言語の発達にも影響を及ぼすと示唆している。

日本においては、この療法の有効性を生かした様々な実施方法が工夫され、その実践・研究報告が増えてきているものの、医療領域における個人心理療法の事例研究が殆どであることが1つの特徴である（今田 2008）。山中（1990）は、スクイグルの変法として1984年に「MSSM法（Mutual Scribble Story Making 交互なぐり描き物語統合法）」を、中井（1985）は「限界吟味法を加味したスクイグル法 Limit Testing Squiggle（註2）」を開発している。中井（1985）によれば、限界吟味法を加味したスクイグルは、治療の場において、治療者とクライアントとの波長合わせ tuning in（Balint, 1968）を可視化し、緊張感を低下させ、遊び心 playfulness を増大させる効果に優れているという。また、松本（1992）は、ある心身症児に関する事例研究の中で実践している紙芝居法（註3）を紹介し、そこでの相互描画によりクライアントとセラピストが前言語的体験を共有することが可能であり、さらにその描画を言語的に再構成できるという特徴をこの紙芝居法がもっているとしている。

以上のことから、スクイグル・ゲームおよびその変法の特徴は、描画という非言語的な表象を媒介にすることにより、人と人との間に3項関係という構造をつくり、相手の思いや意図を互いに波長を合わせながら共感的に理解するよう努める機会を提供するものであると言える。

筆者（瀬々倉 2010）は、上述した Bruner & Sherwood（1983）、Papousek & Papousek（1983）、中川（2003）などの議論を整理し、乳幼児と関わる際には、「直感 intuition」「想像力 imagination」「遊び心 playfulness」が必要であると考え、既述したスクイグル法の特徴を、個人面接による心理療法の枠を超え、子育て支援の一環として開かれる子育て教室において活用する試みをおこなっている。そこでは、教室の参加者である養育者同士でおこなう「MSSM法と Limit Testing Squiggle法をもとにした紙芝居方式のスクイグル変法 Mutual Scribble Story Making + Limit Testing Squiggle in the Style of Picture Story Show（以下「MSSM+LTS in PSS」あるいは「らくがきゲー

ム」と略す。)」を導入している。本論文は、養育者にとって「MSSM+LTS in PSS」の経験が子どもへの直感的養育力を活性化し、乳幼児との前言語あるいは非言語的コミュニケーションの疑似体験となりうるのか、その可能性を検討した結果である（瀬々倉、2012）。

2. 研究方法

<子育て教室の概要>

ある地域子育て支援拠点（ひろば型）で、「パパ・ママのためのコミュニケーション・ワーク（10名定員）」の参加者を募集した。募集チラシには、「ちゃんとした『ことば』が出るか出ないかの頃の赤ちゃんでも、実はいっぱい『おはなし』をしていますね。大切な『ことば』の前の「ことば」を育てるために、パパ・ママの想像力やあそび心を豊かにするコミュニケーション・ワークを体験してみませんか？」と記し、ワーク開始時にも同様の趣旨説明を行った。

この教室は、201X年Y月Z日（土）に当該拠点の1室において2時間30分（13:15～15:45）にわたって実施され、ファシリテーターは、心理職でもある筆者が務めた。参加者は10名（A～J）であった。子ども連れの場合は、参加者がワークに集中できるよう、託児（10組中7組が申込＝子ども7名）をおこなった。子ども1名につき託児スタッフ1名が担当として付き添い、同じ施設内のプレイゾーンにおいて預かった。

参加者の内訳は、父親2名（平均年齢は32.5歳）、母親8名（平均年齢は35.25歳）で、その内2組は、両親での参加だった。参加者の子どもは、全員第1子で、平均年齢は15.9ヶ月、内2名はそれ以前にも託児を依頼した経験があった。

<ワーク全体のプログラム>

プレイゾーンとは別の部屋において、以下の手順でワークを実施した。なお、参加者には、「MSSM+LTS in PSS」を「らくがきゲーム」として紹介した。

1. ウォーミングアップ：からだほぐし
2. らくがきゲーム：第1セッション
3. らくがきゲーム：第2セッション
4. ティータイム
5. らくがきゲーム：第3セッション（ストーリーの発表）

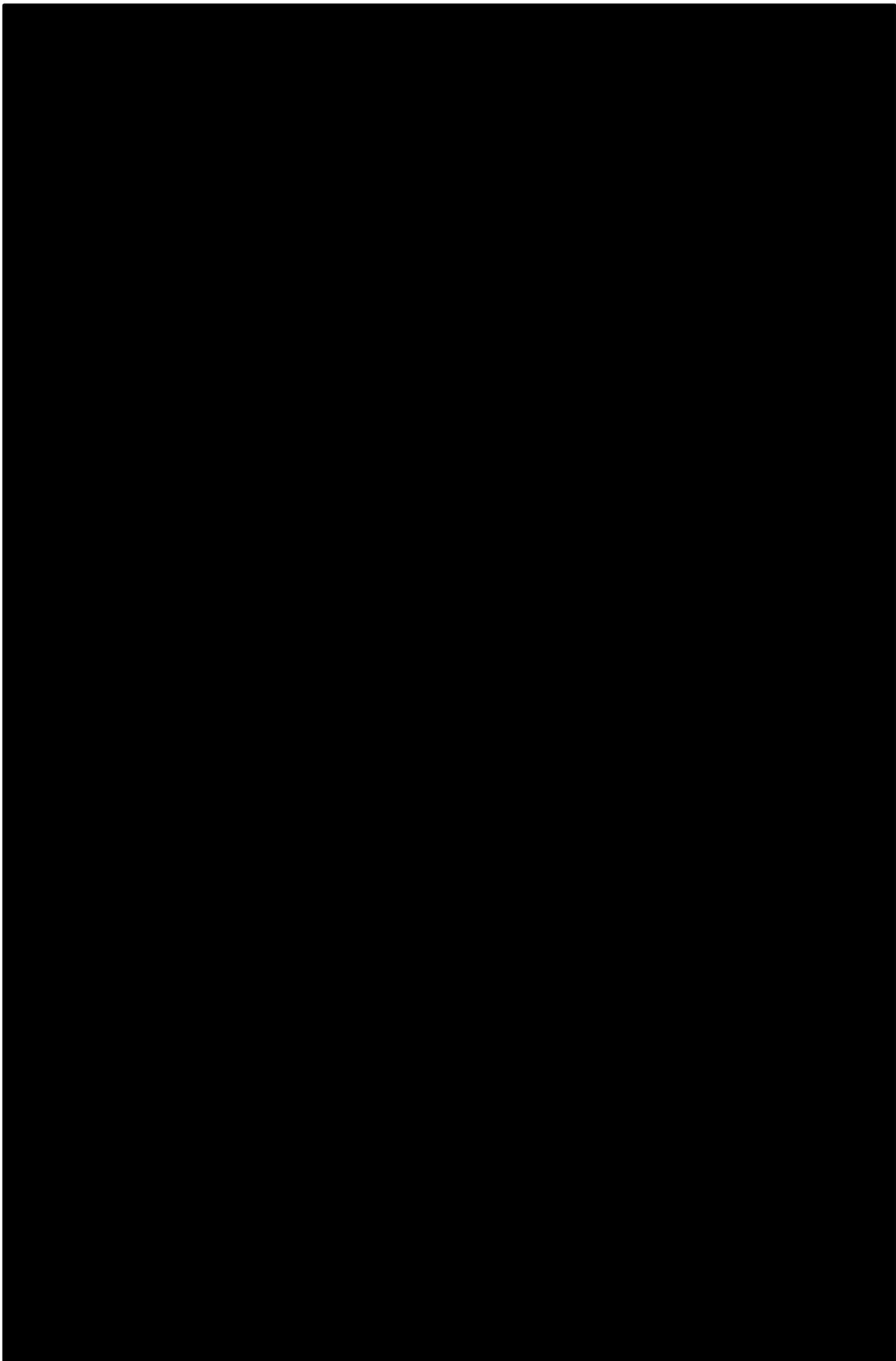
[REDACTED]

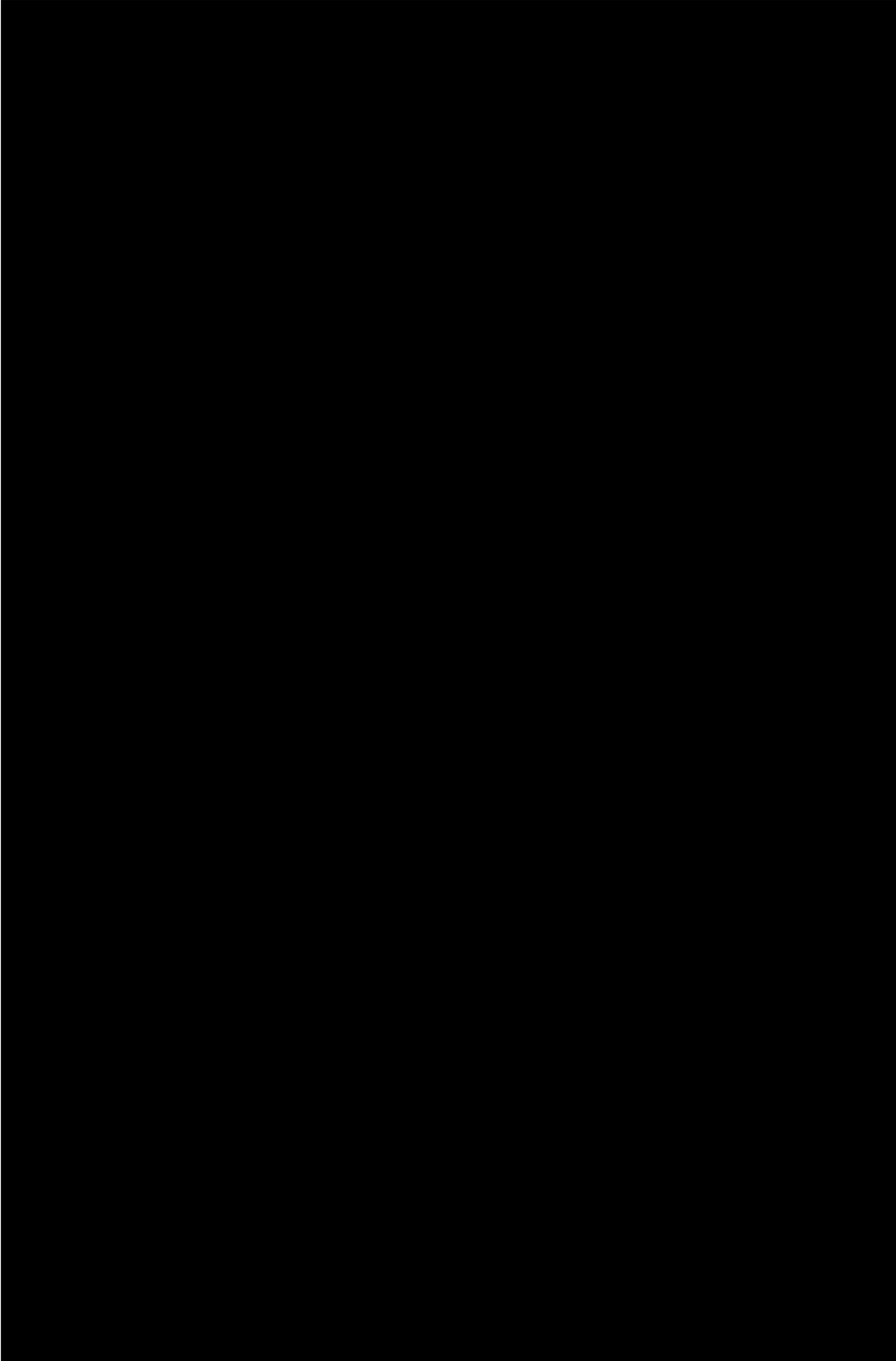
(3)結果

<らくがきゲームについて>

図 5.4.1.1-1 および図 5.4.1.1-2 は、各ペアが描いたスクイグルを一覧できるよう整理した結果である。それぞれのペアに、I～Vの記号を、また、参加者それぞれにA～Jの個人記号を付している。つまり、ペア I : A・B, ペア II : C・D, ペア III : E・F, ペア IV : G・H, ペア V : I・J である。サーバーとレシーバーの役割は、個人記号の前に付している。すなわち、Ser. A とは「サーバー役の A」、Rec. B とは、「レシーバー役の B」という意味である。

I - V 各ペアの No.1～4 欄の上段には、「2. 方法」で既述している手続きの第 1 セッション (1) ～ (5) で作成したスクイグルを順番に並べており、下段は各スクイグルの裏に書かれた一言コメントである。それぞれのスクイグルの中で、黒く太い線で描かれているものが、サーバー役による一筆書きである。No.5 の上段は、第 2 セッション (6) で作成した物語、下段はそのコメントである。物語で使用するスクイグルが、必ずしもスクイグル作成時の順番とは限らないため、各スクイグル No.1～4 の右下部分に、No.5 で作成したストーリーで使用した順番の番号を①～④として示す。なお、詳細を判別しやすくするため、ペア II の No.3 とペア IV の No.2 については、他のものよりも拡大表示しており、同様の理由で、ペア II の No.3 については、色彩のトーンをかなり低くしている。実際は、左から黒のヒト、赤いヒト、筒の中のヒトは黄色である。また、筒の中の真ん中に描かれたギザギザ線は、赤色である。





<「らくがきゲーム」過程で生じたペア間の相互作用>

スクイグル No.1~4 作成過程における I ~ V の各ペア間のコミュニケーションについて、Bruner, & Sherwood (1983) や Call (1983), 中川 (2003) らが乳幼児と養育者間の相互作用の中で重視し、中井 (1985) が Limit Testing Squiggle 法において可視化されるとした共感的理解や波長あわせの様相について検討した (図 4.3.1.1-1 および図 4.3.1.1-2)。各スクイグルの下段に記載されたサーバーとレシーバーによるコメントの中で使用されていることばやテーマに着目し、サーバーの気分やイメージと、それに対するレシーバーの理解とが一致しているかどうかをもとに分類し、分類の基準となった箇所には下線を引いている。サーバーの気分やイメージをレシーバーが共感的に理解している、波長合わせがうまく成立していると判断した場合には、一致【H】Harmonious, 共感的理解がなされていない、波長合わせがうまく成立していないと判断した場合は、不一致【DH】Disharmonious と記号化した。それらの分類記号は、各コメント欄の最後に付している。次に、上記の分類結果をもとに、No.1 から No.4 へと役割を交代しながら相互作用を積み重ねた経過についても分析した。すなわち、一致度の分類がどのように展開していったか、その経緯をペアごとに並べて、それらを「共感型 Empathic Type」, 「共感良好型 Finely Empathic Type」, 「共感不全型 Poorly Empathic type」にカテゴライズした。以下がその結果 (図 5.4.1.1-1 にも記す) である (註 4)。

ペア I :【DH】→【H】→【H】→【DH】「共感不全型」

ペア II :【DH】→【H】→【H】→【H】「共感型」

ペア III :【DH】→【H】→【H】→【H】「共感型」

ペア IV :【DH】→【H】→【H】→【H】「共感型」

ペア V :【H】→【H】→【H】→【H】「共感良好型」

「共感型」としたペア II・III・IV の相互関係の展開過程において、一番初めのスクイグル No.1 では、共感的理解、波長合わせがうまく成立しているとは言えず【DH】Disharmonious としたが、その後の展開では、【H】Harmonious となっている。さらに、「共感良好型」としたペア V の相互関係の展開過程においては、スクイグル No.1 からすでに、イメージが共有されており、そのまま共感的理解、波長合わせが良好に展開している。一方、「共感不全型」としたペア I においては、スクイグル No.1 から No.3 へ

の流れは「共感型」と同様であるが、交流を重ねたはずの最終回 No.4において、全く共感的理解も波長合わせも成立していない。

以上から、ペア I を除く 4 つのペアは、「共感型」ないしは「共感良好型」となり、「らくがきゲーム」によって、ペア間の共感的理解や波長合わせが生起している様子が看取される。

<事後アンケート結果について>

終了後、1. 託児、2. からだほぐし、3. らくがきゲーム、4. ワーク全体という枠組みからなる事後アンケートを実施した。1.~3.については3件法（とてもあてはまる：3点、まあまああてはまる：2点、そうでもない：1点）で、ワーク全体については自由記述で回答を求めた。3件法の集計結果を、自由記述を整理した結果を表 5.4.1.2 に示す。

表 5.4.1.1 から、参加者は、以下のように感じていることが理解できる。①託児によって、子どものことが気になる参加者がいたものの、多くの場合リラックスし、ワークに集中できたと感じている。②ウォーミングアップで行った「からだほぐしは」、とても気持ち良く感じており、リラックスできて楽しかったと感じている。③らくがきゲームについては、自分の気持ちを上手く表現したり、相手の気持ちを想像したりすること、また、自分の気持ちを理解してもらうことが十分にできたとは言いきれず、難しいと感じたが、楽しむこともできた。

表 5.4.1.2 は、自由記述内容から以下のカテゴリに該当する表現が見られた場合、該当するカテゴリに○を記入し、カテゴリごとに○の数を集計（Total の部分）した。カテゴリは、回答者の記述ができるだけ生かせるよう工夫し、「①子どもなどとのコミュニケーションや関係について」「②集中」「③共感または波長合わせ」「④楽しい、よかった」「⑤想像力」「⑥ワークでの経験の活用」「⑦リラックス、リフレッシュ」を設定した。10人中8人という殆どの参加者が、事後アンケートで「らくがきゲーム」が楽しいと回答しているが（表 5.4.1.1）、自由記述欄に改めてワークを楽しんだと記しており、今回のワークが好評であったことがうかがえる。また、7人の参加者が、子どもなど人とのコミュニケーションに思いを馳せたり、ワークでのコミュニケーションをふりかえるコメントを書いたりしており、ワークの目的は概ね達成されたのではないかと判断できる。

表 5.4.1.1 参加者へのアンケート結果 (瀬々倉.2012)

Item	Sub-item	Mean	S.D.
1. 託児について	子どもが気になった	1.78	0.69
	リラックスできた	2.67	0.44
	ワークに集中できた	2.78	0.35
2. からだほぐしについて	気持ち良かった	2.90	0.18
	リラックスできた	2.80	0.32
	楽しかった	2.80	0.32
3. らくがきゲームについて	楽しかった	2.70	0.42
	難しかった	2.40	0.60
	自分の気持ちを表現できた	2.20	0.48
	相手の気持ちを想像できた	2.20	0.48
	自分の気持ちを理解してもらえた	2.33	0.44

N=10

表 5.4.1.2 アンケートの自由記述欄 (瀬々倉.2012)

	Description	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
A	集中して作業することが普段ないのでとてもリフレッシュできた。自分の気持ち意識したり、相手と少し深く関わり共同作業することが楽しかった。	○	○	○	○	○		○
B	初めて娘をあずけたので、心配でしたが、楽しかったです。また、参加したいと思います。				○			
C	予想外に、ストーリーがながって、とても面白かった。子どもから離れて、頭をリフレッシュすることができた。子育てとはというスタイルのセミナーにはちよっとあきてきていたので、いつもとは違うワークが新鮮に感じた。				○			○
D	とても楽しかったです。子どもと離れて嬉しいのに、結局子どもの内容になりました。人数もちよほど良いくらいで、とてもリラックスできて楽しかったです。初めて子どもを預けたけれども、みてもらえていたので安心できました。	○			○			○
E	まず、子どもと離れられたことで、ワークに集中でき、すごく良かったです。相手の気持ち理解できるよう努めてはいるものの、特に子どもが話せないで、泣くことが多い今の時期はお互いっらいなので、相手が出しているサインがないか、注意深くみていきたいと思います。参加できなかったパパにも話して二人で活用したいです。	○	○	○	○	○	○	
F	相手の考えを想像して理解することで、子どもとのコミュニケーションが取れる気がするようになった。	○		○		○	○	
G	具体的、直接的にどのように役立つかは分かりませんが、このような機会は、なかなか少ないので参加できたことは良かったです。講義のようなものだと思います。たのですが、考えていたとは違って、気楽にしているからよかったのです。				○			○
H	遊び心をもって何かをする。1 つのことに集中することは少ないので、とても楽しかったです。今はまだ、子どものことは殆ど喃語ばかりなので、(略)これから、ことばが少しずつ発達していく中で、想像力をふくらませられたいなと思いました。	○	○	○	○	○	○	
I	(略) 子どもとの関わりも自由で、手本や一定の方法に従うのではないことが、感覚的にわかるように感じました。	○						○
J	ゆっくり落書きできて楽しかった。私にも子どもにもいいシグキになったと思います。	○			○			○
Total		7	3	4	8	4	4	5

①子どもなどのコミュニケーションや関係について ②集中 ③共感または波長合わせ
④楽しい、よかった ⑤想像力 ⑥ワークでの経験の活用 ⑦リラックス、リフレッシュ

4. 考察

<「らくがきゲーム」におけるストーリーの展開>

ここではまず、それぞれのペアのスクイグルの内容とその展開過程について考察する。

ペアⅠ（A・B）については「共感不全型」とした。スクイグル No.2 と No.3 で、やや共感的理解が認められるものの、スクイグル No.4 では、それぞれが個々の世界に引きこもっているかのように見受けられる。また、このペアは、物語の作成に最も時間を要したが、他のペアに比して内容がやや深みに欠けており、かろうじてまとまりをつけたように見受けられた。アンケートの記載からは、参加者Aは「らくがきゲーム」を楽しめた様子がうかがえるが、ペアを組んだ参加者Bは、あまり自分を表現できず、相手の気持ちも理解できなかつたと感じていたようである。さらに、ワーク終了後の親子の再会の場面では、参加者Bの子どもは硬い表情でずっとBを無視し続ける様子が観察され、愛着関係に何らかの問題を抱えている可能性が考えられた。その場では、親子にサポート的なことばがけをしたうえで、ひろば担当者に、今後の各種行事等への参加の際、必要に応じて声かけ等を行うよう依頼した。

ペアⅡ（C・D）については、「共感型」とした。夫婦ではない、別々の子どもの父親と母親の組合せによるスクイグルである。No.1では、全く一致を認めないものの、No.2以降では、いずれもサーバーが表現したものをレスパーが理解した上で、さらにイメージをふくらませている。また、Dは、子どもと離れて解放されている気分を盛んに表現しているが、結果的には子どもに思いを馳せていることがよく理解できる。ストーリーについても、子育てに関する戸惑いと希望が描かれ、子どもの未来へも思いを馳せており、長いスパンで子育てを考えられていることがうかがえる。

ペアⅢ（E・F）については、「共感型」とした。Ⅱと同じく、夫婦ではない別々の子どもの父親と母親の組合せによるスクイグルである。ゲームを行い、相手の気持ちを想像した経験そのものを物語としてまとめており興味深い。お互いのイメージが一致しなかったときの焦燥感、上手く一致したときのガッツポーズをとりたくなるほどの気持ちがストレートに表現されている。

ペアⅣ（G・H）は、ペアⅡ・Ⅲと同じく「共感型」とした。No.1においては、レスパー役のHの理解にサーバー役のGとのズレがあるものの、続くNo.2では、No.1のGのコメントに影響されたのか、サーバー役になったHが、No.1におけるサーバー役のG

の気分に近いものを自分の気分として表現している。その No.2 におけるサーバー役の H の気分をレシーバー役の G が見事に読み取って波長が合うと、No.3 と No.4 では、二人の気分が一気に高揚していく様子が見て取れる。

ペア V (I・J) は、「共感良好型」とした。No.1 から既に、全く同じことばの表現は使用していないものの、テーマやイメージは一致しており、新たな展開を楽しみにしている様子が語られている。また、創作されたストーリーからは、高見から下方へと降り、遊び心を活性化して楽しむ良性の退行 (Balint 1968) を連想させる。

以上のように、参加者は、リラックスできる静かな環境のもとで、「らくがきゲーム」という一種の遊びに集中するワークに取り組んだ。二人で共にスクイグルをみつめながら (共同注意)、自分の気持ちをみつめ、相手の気持ちを想像し (共感的理解)、それを確かめ合うこと、また、その過程で味わう難しさや喜び、さらにその経験を物語としてまとめ上げていくという共同作業は、まさに親子間の良好な関係を紡ぐ営みと重なり合っているといえる。

<「らくがきゲーム」と乳幼児－養育者間の前言語・非言語的コミュニケーション>

既述したように、本来、スクイグル法は、個人心理療法の過程でクライアント－セラピスト間の交流によって展開されるものであるが、本稿では、子育て教室の中で、養育者同士によって行われている。ここで、すでに紹介した、子どものころとことばが育つための 5 つの関わり (中川 2003) に依拠し、そこでの「子ども」を本研究におけるワーク「らくがきゲーム」での「パートナー」と置き換えて、本研究の内容や結果を解釈してみる。

①テレビをつけている時間を制限するなどの「静かな環境」については、ワーク参加者が子ども連れの場合には別室で子どもを預かることによって整えられている。②共同注意に代表されるような「子どもに注目し、子どもの興味に合わせていく関わり」については、一枚一枚のスクイグルを作成していくプロセスで、サーバーが線を描いた紙をレシーバーが受け取り、サーバーの気分を想像しながら絵を仕上げている際 (第 1 セッション (1)・(2))、および、それぞれのスクイグルをみつめながら共に物語を創造している際 (第 2 セッション (6)) において、共同注意や三項関係が成立している。また、この時、働いているのは、論理的思考ではなく直感的なものであり、Papousek & Papousek (1983) のいう直感的養育力の特徴に通じるものである。③「一対一での関わり」は、

「らくがきゲーム」の手順のうちの第1セッション・第2セッションを通して成立している。④「子どもとともに楽しめる関わり」については、基本的に「らくがきゲーム」が遊びであること、また、ワーク実施後のアンケートで「らくがきゲーム」について「楽しかった」とした回答の平均値が2.7と非常に高かった（Table1）ことから成立していると考えられる。⑤共感的な態度に基づいたことばがけなど「子どもの気持ちを大人がことばにして話してみる」という関わりについては、サーバーの気分を表した一筆書きの線の意味をレシーバーが想像して絵に仕上げるというプロセス（第1セッション（1）・（2））において、ことばの代わりに絵という形で可視化され、さらに、中井（1985）の Limit Testing Squiggle を意識した、各スクイグル作成後の一言コメントの記入、およびその確認（第1セッション（4））によって、言語的にも確認・調整できる作業となっている。また、この作業は、共感というものを教えることができるとすれば、それは他者からの共感的反応を体験することによるとする Call（1983）の仮説を実践しているとも言える。

また、「1. 問題と目的」であげた前言語あるいは非言語的コミュニケーションに関する特徴およびスクイグル法に関する特徴と比較しながら、本研究で活用した「らくがきゲーム」の特徴や意義を導出すると以下の3点に集約できる。

- ①いわゆる心理的な病理問題の解決を目指しているものではなく、心理専門職としての配慮をペア間ではおこなえない。しかし、この問題については、臨床心理学や精神医学の知識を持ったファシリテーターが関わることによって、パートナー間の心理的に安全なコミュニケーション、相互作用を保つことが可能となる。
- ②乳幼児－養育者間ではなく、大人同士の養育者間による交流である。この点については、「2.方法」の「らくがきゲーム」の手順、第1セッション（3）・（4）で示したように、大人同士で行うことにより、乳幼児とのコミュニケーションでは確認しにくい相手や自分自身の思いや意図について、ことばによる確認が可能であるという利点がある。
- ③10人5組という少人数ではあるが、グループワークである。これによって、第3セッションにおいて、他のペアが創り出したストーリーにも触れることとなり、ファシリテーターは、参加者に次のような助言を与えることが可能となる。

「らくがきゲーム」のなかで経験したパートナーの気持ちを一生懸命想像し、上手く理解し合えたときや理解できなかったときの気持ち、静かな環境の中でじっくり楽しみ

ながら関わることなどが、ことばが出始めているけれどもまだ十分には話せない子どもとの関わりのなかで必要なことと重なっているのではないのでしょうか。同じ手続きで行ったコミュニケーションでも、ペアの組合せによって創り出されたらくがきやストーリーが全く異なることも目の当たりにしましたね。同じように、皆さんとお子さんが紡ぎ出すストーリーもそれぞれ異なるはずです。育児書などでお勉強することも大切ですが、まずはご自分に自信をもって、目の前の子どもさんの様子をよくみつめ、関わってみましょう。」

以上から、「らくがきゲーム MSSM+LTS in PSS」のプロセスが、前言語あるいは非言語的コミュニケーションの疑似体験となり、筆者（瀬々倉.2010）が乳幼児と関わる際に必要であるとしている「直感 intuition」「想像力 imagination」「遊び心 playfulness」を活性化し、ひいては直感的養育力の活性化に寄与する可能性が示唆され、養育姿勢の変容が認められた。

なお、本来、心理療法の一環として行われるスクイグル法を一般の養育者に、子育て教室という場において応用する際には、以下のような点を十分に検討しておく必要がある。①継続的な関わりの中で行うワークに比して、親子のこれまでの状況に関する情報がファシリテーターにとっても少ないため、参加者間のコミュニケーション水準の見極めと教示内容の調整の必要性がより強く求められ、ファシリテーターの役割がより重要となる。例えば、極度に不安の高い参加者の存在が認められた場合、対応になれているスタッフとペアを組むようにするなどといった配慮・対処が必要となる。②今回のような子育て教室で実施する場合、地域全体の子育て支援の中でのワークの位置づけを考える必要がある。例えば、スクリーニング的な意味をもたせるのであれば、親子の分離時と再会時の様子を注意深く観察し、託児中の子どもの様子やワーク中の養育者の様子と合わせて、親子の状態を大まかにアセスメントし、必要に応じて既存の子育て資源との連携について吟味する必要がある。

註

1: 「母親」: Bruner& Sherwood (1983) は、乳幼児に関わる親や大人などの総称として「母親」ということばを使用している。

2: 「限界吟味法を加味したスクイグル (Limit Testing Squiggle)」では、サーバーが引いた線をレシーバーが絵に仕上げる際、レシーバーに浮かんでくる複数のイメージを

サーバーを確認しながら，一番気に入ったものを絵に仕上げていく。

3：松本（1992）の実施している Squiggle 紙芝居法は，瀬々倉の実施法とは異なるが，本稿の主旨との齟齬はない。

4：ペア V の No.4 については，使われていることばの表現等には一致が認められないものの，Ser. J が「自分の変化が楽しみ」としていることと，開放感や船出などをイメージできる Rec. I の描いた「ビーチ」とは，不一致 DH とするべきではなく，Ser. J の気分を受けとめ，より発展させているものであると判断し H とした。

文献

Balint, M (1968) *Basic Fault*, Tavistock.London. 中井久夫訳（1978）治療としての退行.金剛出版

Bruner, J, & Sherwood, V. (1983) Thought, Language, and Interaction in Infancy in Infant Psychiatry, in Justin D. Call, Eleanor Galenson, & Robert L. Tyson (Eds.) *Frontiers of Infant Psychiatry*, Basic Books, Inc., Pp.38-52

Call, J (1983) Discussion, in Justin D. Call, Eleanor Galenson, & Robert L. Tyson (Eds.) *Frontiers of Infant Psychiatry*, Basic Books, Inc., Pp.52-55

今田雄三（2008）MSSM の実践的活用のための展望—文献研究・臨床心理士養成における授業実践・および事例検討への新たな観点の導入—.鳴門教育大学研究紀要.第 23 巻. Pp.209-226

松本真理子（1992）Squiggle をとおしてみた描画と言語に関する一考察.心理臨床学研究.第 10 巻第 1 号. Pp.53-66

Moore, C. & Dunham, P. J. (Eds.), (1995) *Joint Attention: Its Origins and Role in Development*, Lawrence Erlbaum Associates. 大神英裕監訳（1999）ジョイント・アテンション：心の起源とその発達を探る.ナカニシヤ出版

中川信子（1998）健診とことばの相談 1 歳 6 か月児健診と 3 歳児健診を中心に.ぶどう社

中川信子（2003）子どものころとことばの育ち.大月書店

中井久夫（1985）相互限界吟味法を加味したスクイグル法.中井久夫著作集 精神医学の経験.2 巻.岩崎学術出版社. Pp.236-245

Papousek, H. & Papousek, M. (1977) Claims and Limits of a New Discipline, in M. von Cranach, K., K. Foppa, W. Lepenies and D. Ploog. (Eds.) *Human Ethology*, Cambridge University Press. Pp.456-486

Papousek, H. & Papousek, M. (1983) Interactional Failures: Their Origins and Significance in Infant Psychiatry, in Justin D. Call, Eleanor Galenson, & Robert

- L. Tyson (Eds.) *Frontiers of Infant Psychiatry*, Basic Books, Inc., Pp.31-37
- 瀬々倉玉奈 (2010) 子育て教室におけるスクイグル・ゲームの応用ー直感・遊び心・想像力を活性化する試みー.日本発達心理学会第 21 回大会発表論文集.P.532
- 瀬々倉玉奈 (2012) 乳幼児期の子育て教室におけるスクイグル法応用の試みー親子の前言語・非言語的コミュニケーションの疑似体験ー.国際幼児教育研究.Vol.20.国際幼児教育学会. Pp.25-38
- 白川佳代子 (2001) 非言語から言語へ子どものスクイグルーウィニコットと遊び.誠信書房.Pp.121-151
- 白川佳代子 (2003) スクイグル・ゲームと言語獲得ー「環境としての母親」と「遊びフォーマット」について.臨床描画研究.Vol.18.日本描画テスト・描画療法学会.Pp.22-33
- 高野陽・柳川洋・加藤忠明編 (2008) 母子保健マニュアル.6 版.南山堂
- Winnicott, D.W. (1971) *Consultations in Child Psychiatry*, The Hogarth Press Ltd, London. 橋本雅雄監訳 (1987) 子どもの治療相談.①・②.岩崎学術出版社
- 山中康裕 (1990) 絵画療法とイメージーMSSM「交互なぐりがき物語統合法」の紹介をかねてー.水島恵一編.現代のエスプリ.275 号.至文堂.Pp.93-103
- 山中康裕 (1999) 私のスクイグルーMSSM+C への招待ー.心理臨床と表現療法.金剛出版.Pp.94-112

第5節 予防的アプローチ2：子育て教室における養育者間スクイグル法

「らくがきゲーム」と託児

1. はじめに

本節では、地域の2歳児と養育者を対象に8回1クールで開かれている「親子教室」について概観した上で、その最終回に心理職（筆者）がリードして養育者を対象に実施した「らくがきゲーム」を中心としたワークショップについて考察する。

乳幼児を育てる養育者のストレスについては、多くの調査・報告がある。原田（2006）は、「大阪レポート（1980）」と、23年後の「兵庫レポート（2003）」と呼ばれる2つの大規模調査の結果を比較して、養育者の育児不安や育児での迷い、自信の無さが20数年の間に増大していることを明らかにした。例えば、1歳6か月児健康診査（以下、「健診」と略す。）時に、ストレス反応の代表的なものである「イライラ感」に関する質問に対し、「はい」（育児でイライラすることは多い）と答えた母親の割合が1980年の「大阪レポート」では10.8%であったものが、2003年の「兵庫レポート」では、31.8%と2.9倍に増加している。同様に、3歳～3歳6か月児健診においても、同じ質問に「はい」と回答した者の割合が、「大阪レポート」16.5%から、「兵庫レポート」42.8%へと2.6倍に増加しており、母親の3割～4割が子育てにおいて「イライラ感」を抱いていることが分かる。この子育てに関する母親のイライラ感の原因の1つとして、少女から母親になる過程において、小さい子どもと関わる体験が不足しており、乳幼児の特性をよく知らないままに母親になってしまうことが挙げられる。これは少子化の悪影響の1つであり、「初めて接する赤ん坊が、自分の産んだ赤ん坊だった」といったことが、それほど珍しくなくなっている現状をよく表している。

このような状況にある養育者にとって、ことばの発達が未だ不十分な乳幼児期の子どもと、言語的あるいは非言語的なコミュニケーションをとることは容易ではない。「兵庫レポート」の1歳6か月児健診における調査結果からは、「子どもとどう関わっていいか、迷うことが多く、育児に関する心配が解決していない」養育者ほど「イライラ感」も強いと報告されている。

一方、Bruner & Sherwood（1983）は、「言語学習は、それぞれの言語の構造を学ぶことからのみではなく、コミュニケーションの手順を学ぶことから成っているとし、言語が獲得されるまでの前言語期には、乳幼児と母親（註1）という2者による共同作業が十

分に展開される必要があり、その際、母親は乳幼児の技能・ニーズに繊細に波長を合わせ
る finely tuning 必要がある」としている。

また、Papousek & Papousek (1983) は、養育者－乳幼児間のやり取り parent-infant
interchanges を対象にした聴覚視覚的微小分析の結果 (Papousek & Papousek.1977) か
ら、直感的または一次的養育 intuitive or primary parenting (以下「直感的養育」と略
す。)の重要性を強調している。直感的養育とは、本来人間に備わっている養育行動であり、
論理的で十分にコントロールされた意識的な行動とは区別される。彼らは、乳幼児の学習
効果が最大限に発揮されるのは、遊びの場面や養育者との社会的相互作用の場面であると
している。つまり、養育者の直感的養育行動を活性化することは、乳幼児との前言語的あ
るいは非言語的コミュニケーションを活性化することにつながるのである (瀬々倉.2012)。

さらに、中川 (2003) は、言語聴覚士という立場から、子どものこころとことばが育つ
関わりとして、①テレビをつけている時間を制限するなどの「静かな環境」、②共同注意
joint attention, (Moore & Dunham. 1995) や 3 項関係に代表されるような「子どもに注
目し、子どもの興味に合わせていく関わり」、③「一対一での関わり」、④「子どもととも
に楽しめる関わり」、⑤共感的な態度に基づいたことばがけなど「子どもの気持ちを大人が
ことばにして話してみる」などが必要であるとしている。これは上記の Bruner &
Sherwood や Papousek & Papousek らが強調した前言語的あるいは非言語的コミュニケ
ーションの重要性を支持しており、その成立に必要な養育者の関わりや養育環境を具体的
に示している (瀬々倉.2012)。

それでは、上述したような子育ての難しい時代に、乳幼児と養育者の豊かなコミュニケ
ーションが展開されるためには、どういった子育て支援が必要とされているのだろうか。
その対策の 1 つとして、有職の養育者のみではなく、在宅養育者に対する一時保育事業充
実化の必要性が訴えられ、1990 年には保育園における一時保育促進事業が創設されてい
る。1996 年には母親のリフレッシュ利用がその対象として追加され、さらに 2009 年から
は、児童福祉法の一部改正によって、この事業は「一時預かり事業」と改称され今日に至
っている (早瀬.2010)。

一方、従来から市町村などを中心に実施されている「子育て教室」などでは、複数の親
子のペアがグループになって共に遊ぶ形式をとることが一般的で、必ずしも託児 (註 2)
サービスが十分に用意されているとは限らない。1995 年に発足した「こころの子育てイン
ターネット関西」の原田 (2005) は、発足当時の子育て関連の催しと託児 (原田の本文で

は「一時保育」。以下、同様。)について以下のように述懐している。当時は、託児という考えが少し広がってきた頃ではあったものの、預ける子どもには「2歳以上」という年齢制限があったり、人数も10名までといった定員制限があったりと制約も多く、「預けられた人はよほどラッキーな人という印象」だったという。そうした経緯をふまえて、原田自身は、託児の場と講演会の会場とは、車の両輪のごく同様に大切であるとし、「年齢制限なし、可能な限り受け入れる」にこだわって活動を続けており、子どもを連れて講演会でよい話を聞いたり、意義のあるディスカッションに参加したりするには、まず子どもを安心して預けられることが大切であるとしている。

また、近藤(2005)は、育児不安を抱えている第1子の乳児を育てている母親へのインタビュー調査を通して、地域における育児教室のあり方を検討し、講座企画の際の留意点を整理している。すなわち、①母親になる過程の女性が対象であること、②育児不安はあって当然であるということ、③育児不安を解消することを目標とするのではなく、育児不安を受容し、母親が成長することを目標とすること、④母親が成長を確認できる教室の内容であることの4点である。さらに、④の母親が成長を確認できる具体的内容は以下の5点である。a.自分の心身の変化を理解できる内容、b.共感し合い、承認を得られたと思う内容、c.比較ができ、違いを納得できる内容、d.悩みを成長のプロセスの中で考える、e.子どもと離れる時間を設定するである。このeは、託児機能を指すと捉えて良いだろう。

さらに、吉田・丸山・吉田他(2006)は、産後2年間の女性の心理社会的状態に関する縦断調査の一環として、参加者のストレス緩和やリラクゼーションを目的とした講座を託児付きで行っている。講座終了後に参加者に実施した複数回答の調査結果によると、回答者183名の参加動機は、「会の内容に興味があったから」79.2%、「気分転換したかったから」59.6%に続いて、「託児コーナーがあったから」が50.3%となっており、過半数の参加者が、託児コーナーがあることを参加動機として挙げている。

また、渡邊・宮澤・墨里他(2012)は、名古屋市のA児童館利用者を対象に託児付講座に関するニーズ調査を実施し、実費負担の託児付講座の必要性について、必要だと「思う」と「やや思う」を選択した利用者が60%を超えることを見出している。託児料金の実費負担については、38.0%が300円、29.0%が500円、18.0%が100円、そして12.0%が1000円を適当だと回答している。ここで注目すべき点は、無料の託児ではなく、実費負担を前提としている調査において、託児の必要性を感じている回答者が過半数であるという点である。ここから、講座等の参加に際して、養育者は切実に託児を必要としていると推測で

きる。さらに、講座の内容と託児を必要としている者の割合は、講演中心の講座で 53.5%、工作や体操、料理など実技系の講座で 68.3%となっており、託児ニーズは講演系講座より実技系講座の方が高いことが報告されている。

上述の吉田他（2006）は、託児付講座（アロマ、落語、産後ヨガ、ハーブティー、ティーセミナー、ストレッチ）の参加者を対象に、感情測定尺度 MCLS1 を用いて参加前・後の心身の変化を測定することを通して、託児付講座の有効性を調べている。計 10 回分の講座に関する MCLS1 の測定結果によると、快感情得点は、落語を除くすべての講座において参加前よりも参加後が有意に高く、リラックス感得点は、すべての講座において参加前よりも参加後が有意に高いこと、さらに、不安得点については、落語、ハーブティー、産後ヨガ、ティーセミナー、ストレッチの回において、参加前より参加後の方が有意に低かった回が 5 回認められたとしている（ $p < 0.01$, $p < 0.05$ ）。また、参加後の自由記述では、受講によって気分転換やリラックスすることができ、受講内容を日常生活に取り入れたいなど、前向きな反応が示されている。

さらに、枝川・猪下・小田（2006）は、子どもの言語を母親がどのように受容するかを検討した結果、母親の不安が子どもの言語受容にネガティブに影響することを見出し、母親の不安を緩和し、受容性を高めることが母子相互関係にとって重要であるとしている。吉田ら（2006）が明らかにした、子育てには直接関係なさそうに見える講座内容であっても、託児機能があることによって参加者が興味をもって内容に集中できるため、快感情やリラックス感が上昇し不安感が低下するという事実を、この枝川らの主張と併せて考えると、託児付の講座参加は母子の相互作用に良い影響を及ぼすと推測される。

しかしながら、子育て支援関係の講座や教室における託児機能は、必須とはなっていないのが現状である。この原因には、「親子一緒に当然である」「親子分離は愛着形成にとってネガティブな影響を与える」など、主催者側が考える子育て講座・教室の目的や母子関係に関する考え方があると推察される。さらに、これらの講座・教室の開催に併せて託児機能を設けようとする、保育場所とスタッフ確保の問題、さらには、それに伴う予算という問題が生じることも原因であると考えられる。

2. 目的

1. で既述しているように、筆者（瀬々倉 2010）は、上述した Bruner & Sherwood (1983), Papousek & Papousek (1983), 中川 (2003) などの議論を整理し、乳幼児と関わる際に

は、「直感 intuition」「想像力 imagination」「遊び心 playfulness」が必要であるとし、2000年から乳幼児と養育者との前言語的あるいは非言語的コミュニケーションを活性化するためのワークショップを実施している。具体的には、元々は子どもの遊戯療法において、クライアントである子どもとセラピストとの間で展開する描画療法の一種であるスクイグル・ゲーム The Squiggle Game (Winnicott.1971) の変法を市町村保健センターや地域の子育て支援拠点などにおいて、養育者間に応用する試みを、改良を重ねながら実施している(瀬々倉・寺村・伊藤.2011,Sesekura.2012)。そのスクイグル・ゲームの変法は、山中(1990)がWinnicottのスクイグル・ゲームの変法として1984年に開発した「MSSM法(Mutual Scribble Story Making 交互なぐり描き物語統合法)」と、中井(1985)が開発した「限界吟味法を加味したスクイグル法 Limit Testing Squiggle」を参照とした紙芝居方式 Style of Picture Story Show によるものであるため、”Mutual Scribble Story Making + Limit Testing Squiggle in the Style of Picture Story Show”(以下「MSSM+LTS in PSS」あるいは「らくがきゲーム」と略す。)と名づけ、理論的整理を行っている(瀬々倉.2012)(註3)。そこでは、主に以下の2点が考察されている。①スクイグル・ゲームの過程で記載された各々のコメントについて、使用されている語句やテーマの一致具合をもとに、それぞれのペアの波長合わせ tuning in (Balint 1968) の程度を検討した結果、「共感型 (Empathic Type)」「共感良好型 (Finely Empathic Type)」「共感不全型 (Poorly Empathic Type)」に分類され、「らくがきゲーム」の経験によって、ペア間の共感的理解や波長合わせが生起している様子が看取された。②「らくがきゲーム」と乳幼児-養育者間の前言語的あるいは非言語的コミュニケーションとの関係を中川の論に依拠して検討したところ、「らくがきゲーム」のプロセスが、前言語的あるいは非言語的コミュニケーションの疑似体験となり、「直感」「想像力」「遊び心」を活性化し、ひいては直感的養育力の活性化に寄与する可能性が示唆され、養育姿勢の変容が認められた。

Y 保健センターでは、図 5.5.2.1 (瀬々倉.2000-R) 中にある太線で囲んでいる「親子遊び教室」(詳細は、次節に譲る。)を隔週で開催しており、1クール全8回のうちの最終回に、「らくがきゲーム」を含んだコミュニケーション・ワークを実施している。これまで外部講師による講演会を実施していたが、図中真ん中の二重線で囲まれている親子相談を中心に関わっている筆者が担当することになり、体験型のワークショップに変更することにした。その理由は、親子相談で出会う養育者は、育児に関する知識はある程度持っているものの、目の前の我が子の要求に自然と反応することが難しい様子が認められたからであ

る。例えば、子どもの発達程度には問題が無いにも関わらず、育児について不安を抱える養育者が増加してきていた (Sesekura.2000)。また、それらの養育者たちは、例えば、子どもが抱っこを求めて手を広げているにもかかわらず、自然と身体が反応して手を伸ばし子どもを抱っこするといった、直感的養育力がうまく機能していない様子が観察されていた。その為、「直感」「想像力」「遊び心」を活性化し、ひいては直感的養育力の活性化に寄与する可能性が示唆される「らくがきゲーム」を取り入れたのである。

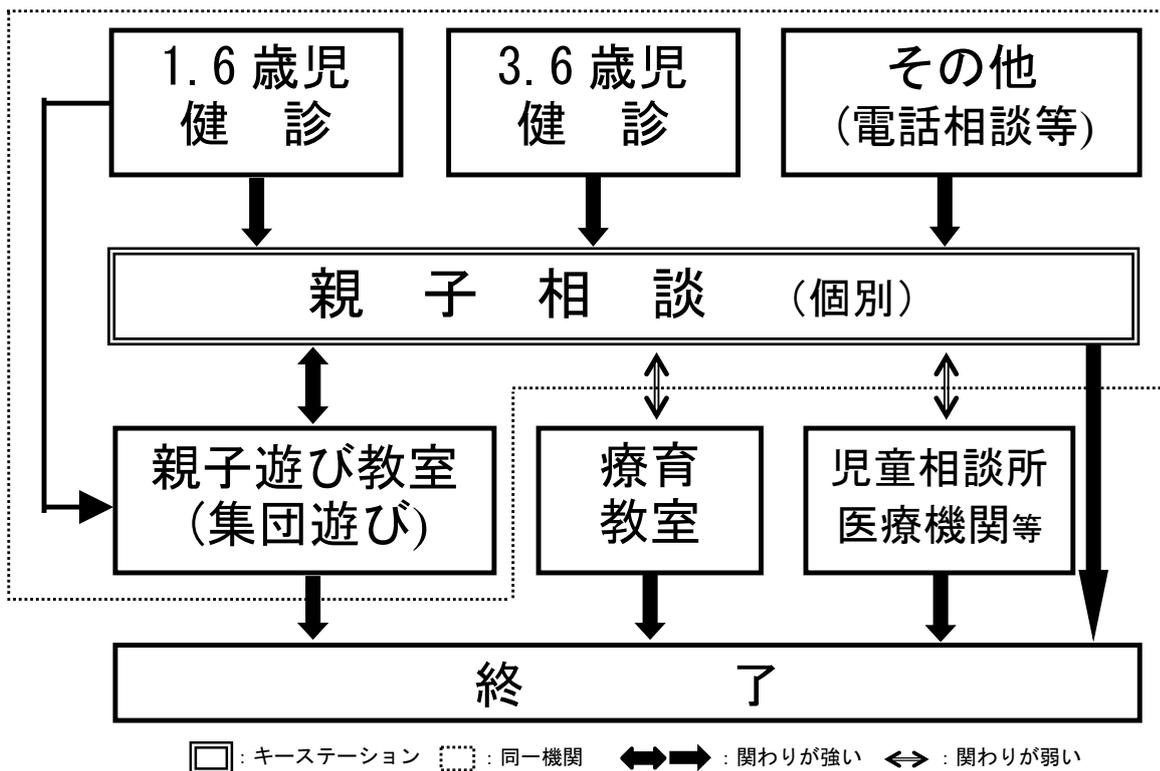


図 5.5.2.1 A保健センターにおける子育て・子育て支援 (瀬々倉, 2000-R)

この「らくがきゲーム」を含んだコミュニケーション・ワーク（以下、「コミュニケーション・ワーク」と略す。）は、合計 6 回実施されたが、第 1 回目は、完全な親子分離形式が設定されておらず（半親子分離形式）、残る 5 回分の完全親子分離形式で実施したワークショップとは異なる展開となった。本研究の目的は、この親子分離形式の違いから生起するコミュニケーション・ワークの実施過程とその展開について検討し、子育て教室における親子分離という、一見矛盾した設定の意義を考察することである。

3. 研究方法

Y 保健センターにおける親子教室の対象は自治体広報の公募に応募してきた 2 歳児と

その養育者が中心であり、定員は1クール20組である。全8回のうち7回は、保育士が中心になって親子遊びを提供している。例えば、小麦粉から粘土を作って遊んだり、近くの公園に散歩に行ってシャボン玉遊びや砂遊びをしたり、牛乳をペットボトルで攪拌してバターを作ったり、栄養士や保健師が加わって簡単なおやつを作ったりなどである。その際、筆者を含めた心理職も出来る限り参加し、側面から親子をサポートするよう工夫もなされている。

既述したように、本研究では、Y保健センターでの親子教室において全6クール実施された各親子教室の最終回、らくがきゲームを含むコミュニケーション・ワーク6回分（実施時期で古い順に第1回目～第6回目と呼ぶ）を研究対象とする。最初の第1回目は半親子分離形式で実施され、第2回目から第6回目までは完全親子分離形式でおこなわれた（註4）。具体的には、以下のような設定である。

【半親子分離形式】

大広間がパーティションで一部区切られている。片方のプレイゾーンでは保育士や保健師など他のスタッフのもとで子どもが遊んでおり、もう片方のゾーンでは養育者がコミュニケーション・ワークを行う。この2つのゾーンは、部分的に区切られているのみで、子どもは自由に養育者のいるゾーンとプレイゾーンとを行き来できる。

【完全親子分離形式】

子どものプレイゾーンと養育者がコミュニケーション・ワークを実施するゾーンは別室である。親子分離によって、極端に子どもが不安がるなどの事態が起こった場合は、保育士が参加者の所にその子どもを連れてくることになっており、5回実施した完全親子分離形式のうち、次子を妊娠中の養育者の子ども1人だけは、途中で養育者の元に戻された。

第1回目から第6回目いずれも、平日の午前9時30分から11時30分までの2時間にわたって「コミュニケーション・ワーク」を実施した。参加者はいずれも母親で、第1回目は18名、第2回目は14名、第3回目は20（その内、補助スタッフ1名）名、第4回目は15名（その内、補助スタッフ1名）、第5回目は16名（その内、補助スタッフ1名）、第6回目は16名、合計100名（補助スタッフを除くと97名）であった。「コミュニケーション・ワーク」全体のプログラムは表5.5.2.1の「プログラム」欄に示すとおりである。その他の欄については後述する。なお「らくがきゲーム」の意義について検討

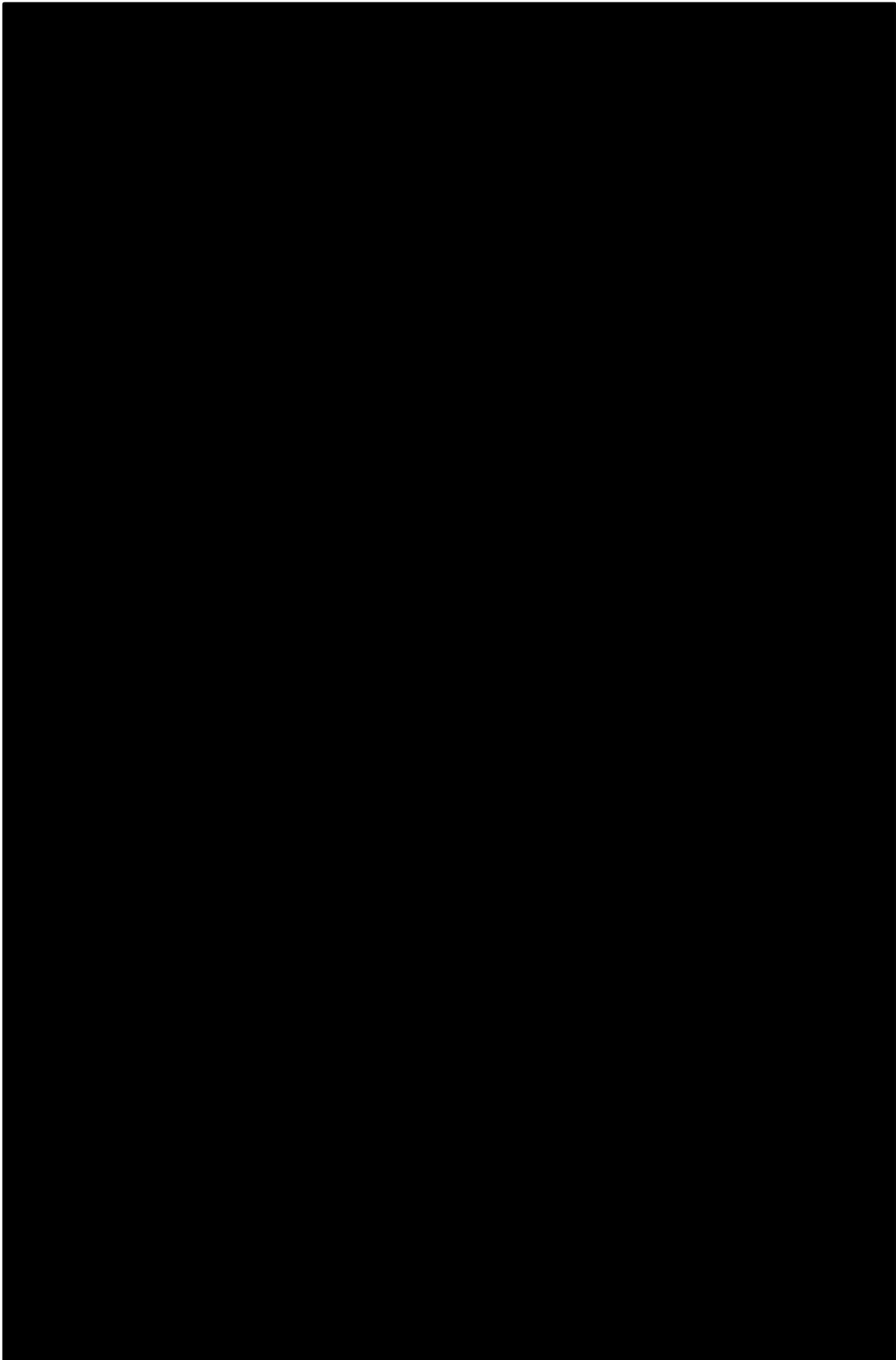
するため、その行程を具体的に記載しているが、このワークの実施は、臨床心理士など、参加者の心理的状态や、参加者同士のコミュニケーション水準を見極めることが可能なトレーニングを受けた専門家が行うべきであり、参加者が不利益を被らないよう、安易な実施は厳に慎むべきである（瀬々倉. 2012）。

表 5.5.2.1 ワーク全体のプログラムと親子分離の形式による実施（瀬々倉. 2013）

プログラム	半親子分離形式 (第 1 回目)	完全親子分離形式 (第 2~6 回目)
1. ウォーミングアップ	△	○
2. らくがきゲーム： 第 1 セッション（スクイグル）	△	○
3. らくがきゲーム： 第 2 セッション（ストーリー）	△	○
4. ティータイム	×	○
5. らくがきゲーム： 第 3 セッション（紙芝居）	△	○

○：実施 △：不十分ながら実施 ×：実施できず

上記ワーク全体のプログラムのうちの 2. 3. 5「らくがきゲーム」は、Table 2 の 1 から 7 の「手続き」で実施された。横並びに座った二人一組のペアに、筆記具（クレパスと黒のサインペン）と用紙（八つ切り（註 5）の画用紙 5 枚）を配布した。表 5.5.2.2 は、瀬々倉（2012）から作成し、今回の検討結果を加筆したものである。「相互作用」欄は、先述した中川（2003）が子どものころとことばが育つ環境として挙げている①から⑤に対応している。右端の 2 列については、結果において説明する。



なお、**図 5.5.2.2** 及び**図 5.5.2.3** は、**表 5.5.2.2** に記載された第 1セッションの手続き 1. 2. で仕上げたスクイグルの一例である。また、**図 5.5.2.4** は、第 2セッションの手続き 6. で仕上げたストーリーの一例である。この事例自体は、Y 保健センター以外のある子育て支援拠点で開催されたワークショップにおいて、同様の手続きに従って作成されたものである。ストーリー自体が「らくがきゲーム」における参加者の体験過程を端的に表現しているため、参考として例示する。

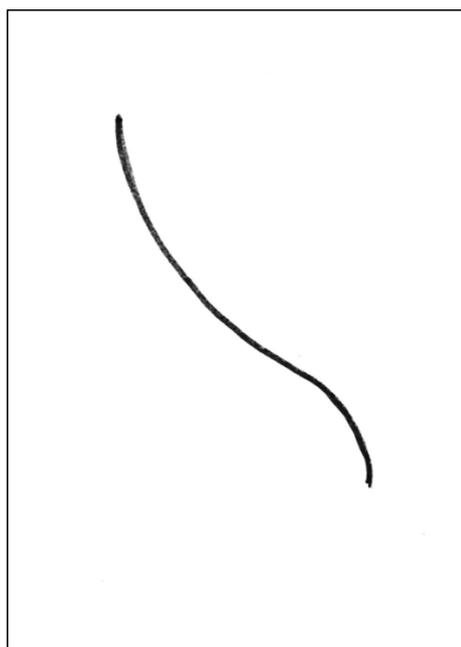


図5.5.2.2 一筆描きの一例

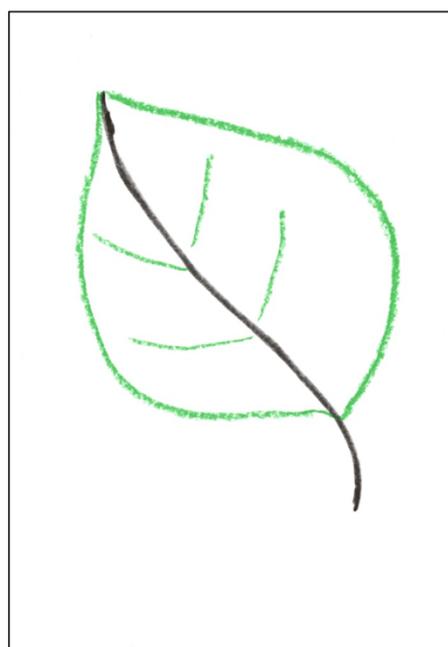
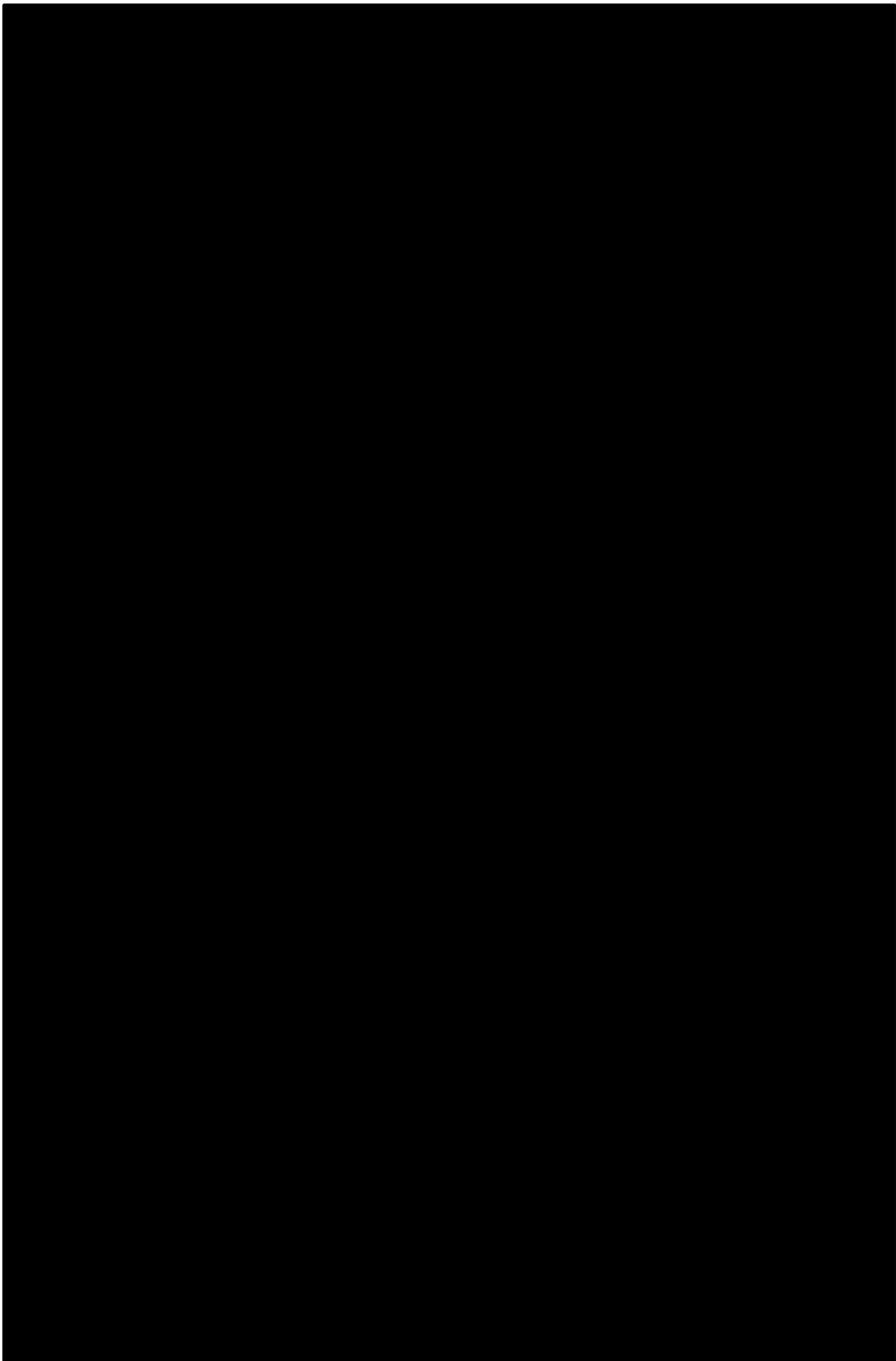


図5.5.2.3 スクイグルの一例

上記の手順で行われたコミュニケーション・ワークについて、親子分離形式の違いから生起するコミュニケーション・ワークの実施過程とその展開について、以下の①～④の観点か

ら検討する。①コミュニケーション・ワーク全体の予め決められている各行程実施の可否、②「らくがきゲーム」の予め決められている各行程実施の可否、③「らくがきゲーム」において創作されたスクイグルの枚数、及び、コメントの有無、④親子分離（託児）に関するアンケート（自由記述）結果の分析である。なお、瀬々倉（2012）に倣った各スクイグルの裏面に記載されたコメント（手順 3）の内容やストーリー（手順 6）の分析の一部については、第 4 節にて検討している。



4. 結果

(1) コミュニケーション・ワーク全体の予め決められているプログラム実施の可否

表 5.5.2.1 に、コミュニケーション・ワーク全体のプログラムと親子の分離形式の違いによる実施状況との関係について示す。第 1 回目の半親子分離形式においては、子どもの遊びに伴う音や声、走り回る震動等が響き渡り、常に子どもの出入りがある状態で行うこととなった。

2 歳児の行動としては当然のことながら、養育者にしがみついたり、養育者間で描いているスクイグルに落書きをしたりする子どももいたため、ファシリテーターである筆者は、実施途中で親子でのお絵かき遊びに変更することを検討した。

しかしながら、子どもはずっと養育者と共にいるわけでもなく、ワークゾーンとプレイゾーンを行き来するため、親子のお絵かき遊びに変更することもできなかった。養育者は集中してワークに取り組めるような状況とはならなかったため、プログラム 1 のウォーミングアップ、身体ほぐしについては、かろうじて親子遊びの延長のようにして形式的には実施できたものの、その後のどのプログラムも予定していた通りには実施できなかった。プログラム 4 のティータイムについては実施すらできなかった。

(2) 「らくがきゲーム」の予め決められている各行程実施の可否

表 5.5.2.2 の右端 2 列は、親子の分離の形式と「らくがきゲーム」の手続き実施状況との関係を示したものであり、表 5.5.2.1 のプログラム欄 2・3・5 に相当している。半親子分離形式では全ての手続きが十分には行えなかったため、「らくがきゲーム」で本来、体験できるはずの相互作用が十分には体験できなかった。

表 5.5.2.3 親子分離の形式とスクイグル枚数の関係 (瀬々倉.2013)

親子分離形式 (単位)	半親子分離	完全親子分離
ペアの組数(組)	9	41
スクイグル創作の絵枚数(枚)	24	170
平均(枚/組)	2.67	4.15
標準偏差	0.707	0.527
有意確率	.000***	

*** p < .001

(3) 「らくがきゲーム」において創作されたスクイグルの枚数、及び、コメントの有無

表 5.5.2.3 は、親子分離の形式とスクイグル枚数の関係を分析した結果である。本来は 1 組のペアが 4 枚のスクイグルを創作する行程となっている。完全親子分離形式の場合は、全組が 4 枚以上作成しており、中には 6 枚創作するペアも複数組あったことから、1 ペアあたりの平均枚数は 4.15 枚となった。それに対して、半親子分離形式の場合は平均 2.67 枚であり、1.55 倍の差がついている。両側 t 検定の結果も、差は極めて高度に有意になっている ($p < .001$)。

また、半親子分離形式の場合、表 5.5.2.2 の手続き 3 のサーバーとレシーバーとがお互いの意図や感情を想像してコメントを書くプロセスにおいて、全体で 24 枚描かれたスクイグルのうち、双方ともコメントを書いていないものが 4 枚、サーバーまたはレシーバーの片方しかコメントを記載していないものが 4 枚あった。

(4) 親子分離（託児）に関するアンケート（自由記述）結果の分析

表 5.5.2.4 は、完全親子分離形式で行った第 2 回目から第 6 回目のワークショップ参加者 79 名（補助スタッフを除く）を対象として、コミュニケーション・ワーク終了後に実施したアンケート結果である。より具体的には、「お子さんと離れてのワークショップ参加はいかがでしたか？感じられたことをご自由にお書き下さい」という質問に、自由記述形式で回答された内容を分析した。分析には、研究 1（瀬々倉.2012）の KJ 法による分類項目（①－⑦）を使用した。アンケートの形式が一部異なっているため、分類項目①を a, b の 2 つに分け、親子分離（託児）に関する記載については、さらに KJ 法によって分類（⑧－⑩）を追加した。分類項目の回答者数の実数と、当該分類項目の記載をした者の内で他の分類項目について記載したものを示している。

分類項目は、①a 子どもなどとのコミュニケーションや関係について、①b 他の参加者との関係やコミュニケーションなどについて、②（子どものことを忘れて）集中、③共感または波長合わせ、④楽しい、よかった、⑤想像力、⑥ワークでの経験の活用、⑦リラックス、リフレッシュ、⑧託児に関する肯定的感情、⑨託児に関する不安・戸惑い、⑩託児中の様子を見たい等、⑪その他である。

表 5.5.2.4 自由記述の分類（瀬々倉.2013）

Description	実数	①a	①b	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪
①a 子どもとのコミュニケーションや関係について	18 (22.8)		6 (33.3)	2 (11.1)	3 (16.7)	6 (33.3)	5 (27.8)	5 (27.8)	4 (22.2)	13 (72.2)	7 (38.9)	2 (11.1)	5 (27.8)
①b 他の参加者との関係やコミュニケーションなどについて	20 (25.3)	6 (30.0)		5 (25.0)	4 (20.0)	15 (75.0)	6 (30.0)	2 (10.0)	6 (30.0)	13 (65.0)	10 (50.0)	4 (20.0)	8 (40.0)
②(子どものことを忘れて)集中	21 (26.6)	2 (9.5)	5 (23.8)		4 (19.0)	7 (33.3)	6 (28.6)	5 (23.8)	9 (42.9)	12 (57.1)	14 (66.7)	5 (23.8)	4 (19.0)
③共感または波長合わせ	6 (7.6)	3 (50.0)	4 (66.7)	4 (66.7)		5 (83.3)	3 (50.0)	2 (33.3)	1 (16.7)	2 (33.3)	2 (33.3)	0 (0.0)	2 (33.3)
④楽しい, よかった	46 (58.2)	6 (13.0)	15 (32.6)	7 (15.2)	5 (10.9)		11 (23.9)	9 (19.6)	16 (34.8)	29 (63.0)	22 (47.8)	7 (15.2)	13 (28.3)
⑤想像力	16 (20.3)	5 (31.3)	6 (37.5)	6 (37.5)	3 (18.8)	11 (68.8)		5 (31.3)	7 (43.8)	9 (56.3)	6 (37.5)	2 (12.5)	4 (25.0)
⑥ワークでの経験の活用	13 (16.5)	5 (38.5)	2 (15.4)	5 (38.5)	2 (15.4)	9 (69.2)	5 (38.5)		3 (23.1)	2 (15.4)	6 (46.2)	0 (0.0)	2 (15.4)
⑦リラックス, リフレッシュ	30 (38.0)	4 (13.3)	6 (20.0)	9 (30.0)	1 (3.3)	16 (53.3)	7 (23.3)	3 (10.0)		26 (86.7)	19 (63.3)	7 (23.3)	6 (20.0)
⑧託児に関する肯定的感情	55 (69.6)	13 (23.6)	13 (23.6)	12 (21.8)	2 (3.6)	29 (52.7)	9 (16.4)	2 (3.6)	26 (47.3)		30 (54.5)	15 (27.3)	14 (25.5)
⑨託児に関する不安・戸惑い	42 (53.2)	7 (16.7)	10 (23.8)	14 (33.3)	2 (4.8)	22 (52.4)	6 (14.3)	6 (14.3)	19 (45.2)	30 (71.4)		14 (33.3)	7 (16.7)
⑩託児中の様子を見たい等	17 (21.5)	2 (11.8)	4 (23.5)	5 (29.4)	0 (0.0)	7 (41.2)	2 (11.8)	0 (0.0)	7 (41.2)	15 (88.2)	14 (82.4)		3 (17.6)
⑪その他	22 (27.8)	5 (22.7)	8 (36.4)	4 (18.2)	2 (9.1)	13 (59.1)	4 (18.2)	2 (9.1)	6 (27.3)	14 (63.6)	7 (31.8)	3 (13.6)	

人 (%)

55名(69.6%)の参加者が「⑧託児に関する肯定的な感情」を示している一方で、別室の子どもの様子が心配など「⑨託児に関する不安や戸惑い」を示した者が42名(53.2%)いた。「子どもと離れるというのは、うれしくもあり、ちょっと不安でもありました(以下

の a.冒頭)」という感想に代表されるように、「⑨託児に関する不安や戸惑い」を示した者の内、30

名（71.4%）が「⑧託児に関する肯定的な感情」を示している。

また、「①a 子どもなどとのコミュニケーションや関係について」言及している者の内、72.2%の者が「⑧託児に関する肯定的な感情」を有しており、同様に「①b 他の参加者との関係やコミュニケーションなどについて」言及している者の内、65.0%の者が「⑧託児に関する肯定的な感情」を有している。

以下に、記載された感想を幾つか挙げる。なお、（ ）内は、筆者が加筆したものである。

- a.「子どもと離れるというのは、うれしくもあり、ちょっと不安でもありました。けど、いつも一緒にいると、お互いに不満を持ったりするので、時には、離れてリフレッシュするのも大切だと思います。来年には幼稚園。子ども同志の世界で、うまくやっていけるように、私は遠くから見守ることしかできないんだなと感じました」
- b.「（ウォーミングアップで）肩たたきやマッサージをしあって、『なんか、こんなこと高校卒業して以来。こんなふれ合い長いことしてなかったな』と思いました。（略）（私は）淋しかったんだなと思いました。子どもが『抱っこして』というのは、スキンシップが心の安心感を与えてくれるものだ（からなんだ）と思いました。（略）」
- c.「リラックスして預けられて、子どもも慣れた（環境の）中で親と離れられていい感じ。子育てを忘れられる時間ではなく、これから前向きに向き合うことが出来る。いいママになっていくね。絵を描いて（子どもの）心理や、今、何を言おうとしているのか分かって、遊べて、家で早速やってみよう」
- d.「子どもがいない、親だけでゲームをするなんて、すごく久しぶりだったので楽しい一時を過ごせました。自分の気持ちをこんなふうに表現できるのは、本当におもしろいと思いました。家で主人ともやってみたいです」
- e.「子どもと、なかなか、離れて何かを楽しむなんて、なかなか出来なかったもので、なんだかちょっとうれしい気分でした」
- f.「子どものことをすっかり忘れてしまいそうなくらい、必死で作業している自分におどろきました。妙にリラックスできました。今後の子どもとの接し方に参考にしてみたいと思います。ありがとうございました」
- g.「子どもと離れたこのセミナーは、親同士のコミュニケーションがとれて良かったです。した内容も、普段しないような事をたくさんして、たくさん笑って、楽しく過ごせまし

た。」

- h. 「子どもと離れているということを忘れる楽しい一時でした。体操（ウォーミングアップ）では非常に身体があたたまりリラックスしました。一筆書きでは、絵があまり得意ではないのでとまどいましたが、想像力をふくらませることは大切だなあと思いました。楽しい時間を有り難うございました」
- i. 「とても楽しく、いろいろ考えられました。日々、物事を考え、子どものサインを想像するということが多いのですが、こういう形もあるのだとうれしくなりました」
- j. 「(略) 後ろめたさを感じず、堂々と自分1人になれるなんて、子どもを産んでからは初めてに近いくらいで、とてもリフレッシュできました。また、普段つかわない頭をつかい、少し大変でしたが、それはそれで楽しかったです。有り難うございました」

5. 考察

(1) 「らくがきゲーム」と親子分離

既述したように、吉田ら（2006）や渡邊ら（2012）がおこなった調査からは、託児付講座のニーズは高く、少額ではあるものの実費負担をしてでも託児を必要とする養育者が少なくないことがわかっている。また、近藤（2005）は、育児不安を抱えている乳児の母親へのインタビュー調査を通して、地域における育児教室のあり方を検討した結果から、その目標の1つとして「子どもと離れる時間の設定により子どもを客観的に捉える」ことを挙げている。

先述したように、中川（2003）は、子どものこころとことばが育つ環境として、静かな環境をあげ、特に、テレビなどが一日中付いていることによって必要な音を聞き分ける機能（カクテルパーティー効果）が十分働かない乳幼児が、ことばの発達に課題を抱える可能性を指摘している。筆者の経験でも、ことばの発達が気になりな子どもの環境を養育者に尋ねると、終日テレビがつけっぱなしであり、テレビ視聴の時間を制限することで、1か月後の面談では格段にことばの発達が認められる場合が少なくない。

一方、養育者にとっても、騒々しい環境や、日々子どもの世話を追われる状況は、落ち着いて自他の気持ちに思いを馳せるに相応しい環境ではない。その煩雑さ、延々続く忙しさは、24時間営業のコンビニエンス・ストアになぞらえて、「コンビニ・ママ」と表現されるほどである。また、枝川ら（2006）は、母親の不安が子どもの言語に対する受容性に影響することから、母親の不安を緩和し、受容性を高めることが母子相互関係にとって重

要であるとしている。養育者の不安を緩和して親子の相互コミュニケーションを活性化し、子どものころとことばが育つための1つの手段として、親子共々、中川の提示する①「静かな環境」の中に身をおくことは重要であることが理解できる。

以下では、「らくがきゲーム (MSSM+LTS in PSS)」と「静かな環境」、つまり、養育者と子どもとを完全に分離した状態との関係について考察する。

先述したように、筆者(瀬々倉.2012)は、Bruner & Sherwood (1983) や Papousek & Papousek, (1983), さらには中川 (2003) の論をもとにした子どものころとことばが育つ関わり、すなわち乳幼児期の親子の前言語的あるいは非言語的コミュニケーションと、親子完全分離によって行われる養育者同士による「らくがきゲーム」のプロセスとを比較検討している。また、養育者同士の「らくがきゲーム」の体験が、乳幼児と養育者との前言語的あるいは非言語的コミュニケーションの疑似体験となり、「直感 intuition」「想像力 imagination」「遊び心 playfulness) を活性化し、ひいては直感的養育力の活性化に寄与する可能性が示唆されたとしている。

ところが、Y 保健センターにおいて、親子の分離形式の違い以外には同様の手続きを目指して実施された合計6回の「らくがきゲーム」を中心としたコミュニケーション・ワークを検討した結果、第1回目の半親子分離形式によるワークにおいては、「らくがきゲーム」で本来体験できるはずのパートナーとの相互作用を十分に体験できていないことが明らかとなった。

半親子分離形式ではワーク全体、ワークに含まれる「らくがきゲーム」共に十分には行えなかったことが確認できる(表 5.5.2.1・表 5.5.2.2)。表 5.5.2.2 の「相互作用」と記した欄は、先述したように中川があげた親子の関わりを整理した番号と一致しており、それぞれの手続きとの対応関係については、瀬々倉 (2012) の記載から作成した。半親子分離形式の場合には、中川が具体的に示した親子の相互作用を疑似体験できる「らくがきゲーム」において、そうした体験が十分にできていないことが理解できる。このことは、完全親子分離形式では半親子分離形式に対して描きあげられたスクイグル枚数が 1.55 倍になっており、差は極めて高度に有意になっている ($p < .001$) ことから理解できる(表 5.5.2.3)。

半親子分離形式では創作されたスクイグル枚数が標準的な4枚に対して平均 2.67 枚であったこと(表 5.5.2.3)は、表 5.5.2.2 の手続き1から4を本来であれば2往復するところを1往復から1往復半しかできていないことによるものである。中川の例示する親子

に必要な関わりと一致する経験の大半が不十分なままに終了してしまったことになる。また、手続き 3 のサーバーとレシーバーとがお互いの意図や感情を想像してコメントを書くプロセスにおいては、仕上げられたスクイグル 24 枚の内の 8 枚 (33.3%) が十分には記載されていないことから、体験過程が十分には吟味されておらず、参加者の体験の質が低くなってしまっていると理解できる。

また、仕上げられたスクイグルの枚数が少なかったことは、手続きの 6 において、1 組のペアが創作した 4 枚のスクイグルを使用してストーリーを創り上げる行程にも影響し、2 組のペアが作成したスクイグルを合わせて無理矢理 4, 5 枚にして、1 つのストーリーを創らざるを得ない事態となった。二人一組のペアが「らくがきゲーム」を通してじっくりと関わり、その相互作用を理解する状況とは、ほど遠いものとなっている。この第 1 回目のワークショップではアンケートを実施していないが、せめてもの救いは参加者たちが口々に「楽しかった」と言って帰って行ったことである。

次に、完全親子分離形式で行った第 2 回目から第 6 回目のワークショップの参加者 79 名の養育者に尋ねたアンケート結果からは、42 名 (53.2%) の「⑨ 託児に関する不安や戸惑い」を示した者の内、30 名 (71.4%) が「⑧ 託児に関する肯定的な感情」を示している (表 5.5.2.4)。有職者で保育園を利用しているなどの場合を除いて、2 歳前後の子どもを持つ養育者は、子どもを預けた経験がないことが一般的である。そのため、ワークショップの開始直後は、子どものことが気になっていたものの、時間の経過と共に子どものことを忘れて集中し、託児について肯定的な感情を抱いたものと考えられる。

また、「①a 子どもなどとのコミュニケーションや関係について」言及している者の内 72.2%、「①b 他の参加者との関係やコミュニケーションなどについて」言及している者の内 65.0% の者が「⑧ 託児に関する肯定的な感情」を有している (表 5.5.2.4)。次節の考察とも関係するが、慌ただしい日常から切り離された中で、自らの子どもとの関わりや他の参加者との関わりを体験できたことを実感している表れとも理解できる。

さらに、前述の感想 a~j の記載からは、参加者のより生き活きとした感情が看取できる。自らの気持ちを表現することの難しさや喜び、驚きが表現され、日頃の子どもとの関係に思いを馳せている様子も認められる。また、感想 b のように、養育者自身や日頃なかなか理解しがたかったと推測される子どもの言動について、深い洞察に至る契機となったことが理解できる記載も認められる。c, d の記載に代表されるように、このワークショップの経験を家でも活用したいとの記述が 13 名 (16.5%) 認められる (表 5.5.2.4)。これは、

ワークショップで実施した「らくがきゲーム」そのものを子どもや家族とやってみるということではなく、元々のスクイグル・ゲーム、一筆書きによる線描とそれを活かして絵を完成する遊びを行いたいということであると推測できる。完全親子分離形式によって構造化されたプログラムとしての「らくがきゲーム」を体験したことにより、その経験を日常に活かそうとしていることは注目に値する（註6）。

半親子分離形式と完全親子分離形式によって実施したコミュニケーション・ワークの両方に関わった担当保健師は、完全親子分離形式による結果について「まず、驚いたことは、お母さん方の集中力です。子どもさんの声の聞こえないところでは、時間が途切れることなく進行できました。アンケートにも、(略)『よかった』という意見がたくさんありました。(略)完全分離はとても大変なのですが、やるだけの価値はあると思いました」とコメントしている。スタッフや場所、予算の確保などの課題以外にも、支援者自身の意識改革が必要であることが理解できる。

(2) 「らくがきゲーム」と親子相互作用

ここで、今一度、「らくがきゲーム」で参加者の養育者間に生起する相互作用と、実際の親子相互作用との関係について考察したい。筆者（瀬々倉.2012）は、乳幼児－養育者間の相互作用と「らくがきゲーム」のプロセスとの関係について検討し、「らくがきゲーム」が前言語的あるいは非言語的コミュニケーションの疑似体験となり、「直感」「想像力」「遊び心」を活性化し、ひいては直感的養育力の活性化に寄与する可能性が示唆されたとしている。この際、「らくがきゲーム」のプロセスについて、各スクイグルの裏面に記された一言コメント（表 5.5.2.2 の手続き 3）をもとに、主に共感 *empathy*、波長合わせ *tuning* という用語を用いて分析し、その過程を「共感型」「共感良好型」「共感不全型」と分類している。これは、1組のペアがサーバー役とレシーバー役とを交代しながらスクイグルを創作していく際の、主にレシーバー役に着目した分類である。換言すれば、サーバー役は乳幼児に、レシーバー役は養育者に見立てて、「らくがきゲーム」が乳幼児－養育者間の前言語的あるいは非言語的コミュニケーションの疑似体験となり得るとしたのである。

しかしながら、この考察では、「らくがきゲーム」で生起している親子の「相互作用」の疑似体験を対象にしていながら、養育者側からの共感や波長合わせという一方向的な現象を扱っている印象を免れ得ない。当然のことながら、「相互作用」といった場合には、乳幼児（「らくがきゲーム」においては、レシーバー役）と養育者（同、サーバー役）の双方向

的な関わりが生起していることから、間主観性 intersubjectivity という観点が必要となってくる。間主観性については、多くの研究者の異なる立場があり、Beebe, Knoblauch, Rustin ら (2005) に詳しい。

Stern (1995) は、母子相互作用について、母 (養育者) 子それぞれの表象 representation から生起する行動 act との関係を用いて説明し、乳幼児は、母 (養育者) の表象に裏付けられた、客観的に観察可能な行動に影響を受けるとしている。つまり、何らかのマクロイベント macroevents によってではなく、それに基づいた日常の小さな積み重ね、マイクロイベント microevents によって、乳幼児は養育者との表象世界を構築するのである。Stern によれば、こうした日常の小さな出来事が約 1 年間積み重ねられた後に、乳児は他者と共有できる主観的状态、つまり、間主観性を発見するのだという。

本研究で検討した「らくがきゲーム」において、レシーバーとサーバーは、間主観的体験の世界を日常から切り取って経験していると考えられる。コミュニケーション・ワークの親子分離形式の違いによる相互交流の展開の違いとは、いわば日常と非日常との違いといっても良いだろう。第 1 回目の半親子分離形式は、日常の雑務に追われるなかで、その瞬間、瞬間に繰り返されるコミュニケーションである。一方、完全親子分離形式で行われた相互交流は、日常から切り離され護られた空間の中で、日常的には一瞬にして流れて行ってしまいが、乳幼児と養育者との安定した表象形成のためには重要な意味をもつ相互交流を丁寧に味わい、意識化する作業である。その結果、アンケートの b の記述のように、母親の子どもに関わる内定表象に変化の兆しが見てとれる場合もある。

Fraiberg (1975) の赤ちゃん部屋のお化け Ghosts in the nursery の例でも分かるように、養育者の不幸な内的表象は、第三者不在の密室で、十分に可視化 (または、可聞化) されたコミュニケーションをとることが難しい乳幼児との間では猛威を振るう可能性がある。

「らくがきゲーム」によって、日常から切り離された乳幼児-養育者間の相互的な関わり、間主観的関わりを可視化、可聞化し、しっかりと味わい意識化することは、養育者、ひいては乳幼児の内的表象に関わる可能性がある。その際、親子教室における親子分離という、一見矛盾した構造が必要不可欠となる。

本稿では、保育スタッフが子どもに関わるゾーンと、養育者がワークを行っているゾーンとが部分的にパーテーションで区切られているだけの半親子分離形式を託児機能がな

い状態になぞらえている。実際に託児が全くない状態であれば、子どもは常に養育者がワークに取り組んでいるゾーンに複数いることになり、託児のある完全親子分離形式とでは参加者の体験の質と量に関する落差がさらに大きくなることは容易に推測できる。同じ手続きを目指して行ったコミュニケーション・ワークでの体験が、親子の分離形式の違いによって、大きく異なってしまうことが明らかとなった。原田（2005）の云うとおり、託児と子育て教室とは車の両輪のように、互いに欠かすことができない。とりわけ「らくがきゲーム（MSSM+LTS in PSS）」を中心としたコミュニケーション・ワークにおいては重要である。

註

- 1: 「母親」: Bruner & Sherwood (1983) は、乳幼児に関わる親や大人などの総称として「母親」ということばを使用している。本稿では、筆者自身が使用することばとしては「養育者」を使用し、他の文献からの引用の場合には、そのまま「母親」を使用するが、Bruner & Sherwood の趣旨に添うこととする。
- 2: 「一時保育」と「託児」: 本稿では、保育所等で行われている一時預かり事業を「一時保育」、子育て教室などの講座開設時に一時的に設けられるものを「託児」として区別することとする。
- 3: スクイグル・ゲームとその変法の特徴など、詳細については、瀬々倉（2012）を参照のこと。
- 4: 第1回目のワークショップの事前打ち合わせでは、子どものプレイゾーンと、養育者のワークゾーンは「区切る」こととなっていたが、当日の設定では、大広間がパーティションで「部分的に区切られ」ていた。これは、親子が分離によって不安にならず、自由に行き来できるようにとのスタッフの配慮であった。第2回目以降の完全親子分離については、「子育て教室なのに、親子を分離するのですか？」との戸惑いや疑問がスタッフから表出されたが、実施を試みることとなった。
- 5: 現在は、A4のケント紙を使用している。
- 6: 完全親子分離による構造化が不可能であったり、本文にあるような専門家以外がスクイグル・ゲームを活用しようと考えたりする場合には、本稿で論じたプログラム化された「らくがきゲーム」ではなく、むしろ、シンプルに一筆書きの描線とそれを活かして絵を仕上げる遊びとしてのスクイグル・ゲームを実施する方が良い。この場合も、個別の

親子相談や家庭訪問支援などにおいて、親子遊びのツールとしてスクイグル・ゲームを提供するなど、様々な活用が可能であると考えている。

附記

本稿で扱ったコミュニケーション・ワーク参加者によるスクイグルや感想を研究上活用することについては、参加者及びワークショップ主催者に予め許可を得ている。また、完全親子分離形式を実施するためには、スタッフ及び関係者の多大な理解と協力が必要であった。ここに記して感謝する。

文献

- Balint, M. (1968) *Basic Fault*, Tavistock. 中井久夫訳 (1978) 治療としての退行. 金剛出版
- Beatrice Beebe, Steven Knoblauch, Judice Rustin, Doriene Sorter, Theodore J. Jacobs, and Regina Pally (2005) *Forms of Intersubjectivity in Infant Research and Adult Treatment*. Cathy Miller Foreign Rights Agency, London, England
- Bruner, J. & Sherwood, V. (1983) Thought, Language, and Interaction in Infancy in *Infant Psychiatry*, in Justin D. Call, Eleanor Galenson, & Robert L. Tyson (Eds.) *Frontiers of Infant Psychiatry*, Basic Books, Inc., Pp.38-52
- 枝川千鶴子・猪下光・小田慈. (2006) 母親の不安と子どもの言語に対する母親の受容性との関連. 小児保健研究第 65 巻第 3 号. 日本小児保健協会. Pp.746-751
- Fraiberg, S. (1975) Ghosts in the Nursery. *Journal of American Child Psychiatry*. 14. Pp.387-422
- Moore, C. & Dunham, P. J. (Eds.), (1995) *Joint Attention: Its Origins and Role in Development*, Lawrence Erlbaum Associates. 大神英裕監訳 (1999) ジョイント・アテンション: 心の起源とその発達を探る. ナカニシヤ出版
- 原田寿子 (2005) 子育て関連の催しと「一時保育」は車の両輪—子育て支援活動での保育スタッフとして感じたこと—. 現代と保育 61 号. Pp.140-146
- 原田正文 (2006) 子育ての変貌と次世代育成支援. 名古屋大学出版会
- 早瀬眞喜子 (2010) 子育て支援における一時保育の役割と課題—一時保育を利用している母親のアンケート調査を手がかりに—. 季刊保育問題研究 244 号. Pp.19-33
- 中川信子 (2003) 子どものこころとことばの育ち. 大月書店
- 中井久夫 (1985) 相互限界吟味法を加味したスクイグル法. 中井久夫著作集精神医学の経験. 2 巻. 岩崎学術出版社. Pp.236-245
- Papousek, H. & Papousek, M. (1977) Claims and Limits of a New Discipline, in M. von

- Cranach, K., K, Foppa, W. Lepenies and D. Ploog. (Eds.) *Human Ethology*, Cambridge University Press. Pp.456-486
- Papousek, H. & Papousek, M. (1983) Interactional Failures: Their Origins and Significance in Infant Psychiatry, in Justin D. Call, Eleanor Galenson, & Robert L. Tyson (Eds.) *Frontiers of Infant Psychiatry*, Basic Books, Inc., Pp.31-37
- 瀬々倉玉奈 (2000) 援助側をアセスメントするということ 試案 (1) -連携スタッフとの対話から生まれる援助の可能性と限界-.京都国際社会福祉センター紀要 発達・療育研究.第 16 号.Pp.27-41
- Sesekura T. (2004) Support for children and parents at Maternal and Child Health Service. エデュケア.第 24 号.大阪教育大学幼児教育学研究室.Pp.1-11
- 瀬々倉玉奈 (2010) 子育て教室におけるスクイグル・ゲームの応用-直感・遊び心・想像力を活性化する試み-.日本発達心理学会第 21 回大会発表論文集.P.532
- 瀬々倉玉奈・寺村ゆかの・伊藤篤 (2011) スクイグル・ゲームを応用した乳幼児との関わりを学ぶ親セミナー-地域子育て支援拠点 (ひろば型) における実践事例から-.FOUR WINDS 乳幼児精神保健学会第 14 回大会プログラム.P.41
- Sesekura T. (2012) Application of the ‘Squiggle Game (as Psychological Play Therapy)’ to a Workshop for the Enhancement of Infant Parenting; a trial for activating parent’s intuition, playfulness and imagination. PECERA (Pacific Early Childhood Education Research Association) .13th Annual Conference. P.182
- 瀬々倉玉奈. (2012) 乳幼児期の子育て教室におけるスクイグル法応用の試み-親子の前言語・非言語的コミュニケーションの疑似体験-.国際幼児教育研究. 第 20 号.Pp.25-38
- 瀬々倉玉奈 (2013) 子育て教室における養育者間スクイグルと託児-親子分離の逆説的効果-. FOUR WINDS 乳幼児精神保健学会誌. FOUR WINDS 乳幼児精神保健学会. Pp.36-47
- Stern,D.N, (1995) The Motherhood constellation: a unified view of parent-infant psychotherapy Basic Books, New York
- 渡邊幸良・宮澤里美・墨里絵子・竹藪豊・山内賀央里・住田恭兵・井村武志・藤原純希・蛭川万里子 (2012) 託児付講座に関するニーズ調査報告書.同朋福祉第 18 号.同朋大学社会福祉学部.Pp.145-186
- Winnicott, D.W. (1971) *Consultations in Child Psychiatry*, The Hogarth Press Ltd, London. 橋本雅雄監訳 (1987) 子どもの治療相談①・②.岩崎学術出版社
- 山中康裕 (1990) 絵画療法とイメージ-MSSM「交互なぐりがき物語統合法」の紹介をかねて-.水島恵一編.現代のエスプリ 275 号.至文堂. Pp.93-103
- 吉田真奈美・丸山知子・吉田安子・澤田いずみ・吉野淳一・今野美紀・杉山厚子・上村浩太・正岡経子・蝦名美智子 (2006) 子育て支援「カルガモの会」活動報告.札幌医科大学保健医療学部紀要第 9 号.Pp.41-45

近藤明代. (2006) 母親の認識の変化をもとにした地域における育児教室のあり方の検討.
小児保健研究第 65 巻第 3 号. 日本小児保健協会. Pp.448-455

第6章 総合的考察：母子保健における心理職の役割と他職種との協働

本章では、第1節において、これまで検討、考察してきた内容を要約し、改めて、それらの本博士論文における位置づけを確認する。次いで第2節においては、本博士研究で導き出された「援助環境の心理アセスメント」という理論的な観点、技術の意義について考察する。さらに第3節においては、改めて、母子保健における心理職の役割と、臨床心理学的アプローチの応用について整理し、現代の母子保健における心理職のあり方について提案する。最後の第4節においては、本博士研究の限界と展望について論じる。

第1節 本博士論文の要約と全体的考察

第1章第1節において、子育てが困難な時代といわれる現代日本の親子関係と子育て支援について論じ、それにもなって変遷してきた母子保健事業のあり方、さらに、母子保健事業に関わる心理職の役割の変遷について述べた。現代社会における子育ての難しさについては、従来から少子化や産業構造の変化、長引く不安定な経済状態等からくる家族形態の変化との関係が示唆されている。その過程で、子育て世代が自らの親世代ではなく専門家に支援を求めるようになってきており、小泉（2007）が紹介しているような、かつては親子を支える有効な機能だったと考えられる擬似的な親（親族）などの制度も殆どみられなくなっている。また、これらの事態は、子育て不安の深刻化や子どもへの虐待件数の増加へと繋がり、さらに、近年増えつつあるとされる発達障害を抱えた子どもや養育者との関わりとも相まって、現代日本における親子の厳しい状況は、複雑かつ複合的であるため、様々な観点から多職種が協働して「子育て・子育て支援」に取り組む必要があると訴えた。ついては、この「子育て・子育て支援」という新たな枠組みにおいては、そこに関わる援助職に新たなロールモデル、支援システム・支援方法の構築が求められているとした。

これら上述した子育て状況の変容は、その時代、時代によって、親子が直面している問題に最前線で関わってきた母子保健領域においても顕著であり、そこに関わる心理職の役割についても、大きな転換が生じている。従来からの母子保健の目的である子どもの疾病や障害の早期発見・早期療育、いわば「子育て支援」には、発達心理学的なアプローチが必要とされてきたが、子育て不安への対応や子どもへの虐待防止、いわば「子育て支援」に関しては、発達心理学に加えて同じ心理学分野の中でも、不安や心理的な葛藤、親子関係の問題などに心理療法などの手段を用いて対処してきた臨床心理学的なアプローチが必要となってきたのである。

第1章第2節、及び第3節の調査結果からは、母子保健領域において大きな課題となっている親子の心理的な支援には、心理職が十分貢献できる可能性が見いだされた一方、未だ心理職が十分に活用されているとは言い難い現状が理解できた。また、各々の保健センターによっては、常勤と非常勤の心理職といったように、複数の心理職が関わっているところもあれば、年に数回実施される乳幼児健診においてのみしか関わっていないところがあるなど、心理職の関わり方は、それぞれの保健センターによって、かな

り異なっていることも明らかになった。

母子保健領域に新たに必要となってきた臨床心理学的なアプローチについては、他職種との協働による援助が必要とされる子育て・子育て支援のなかで、従来の心理療法で得られた知見を如何に応用するのかが問われていることも明らかとなった。つまり、母子保健領域における他職種との協働による援助において活用できる、心理職の援助実践に関する理論構築が急がれるとした。

そこで、第2章第1節においては、まず、はじめに、臨床心理学及び心理療法の基礎理論を再確認し、他職種との協働においては各々の職種が元もとのアプローチの応用を求められてはいるものの、特に臨床心理学的なアプローチを応用するにあたっては、個人心理療法で生起する特殊な人間関係とそれにともなう危うさを理解しておく必要があることから、感情転移という現象を中心に論じた。

次に、本博士論文のキーワードの一つである他職種との「協働」について、「連携」と比較しながら以下のように定義づけた。即ち、「協働（コラボレーション）による援助」とは、「同一機関内において、他職種のスタッフが相互交流を行いながら、自らの専門性を如何に援助対象者に対して活用しうるかを常に意識して行うことをさし、その結果、多（他）職種間にある種の融合が生じ、新たな援助形態が生まれる状態」と定義し、「連携による援助」とは、「援助対象者に関する必要な連絡を他機関や多（他）職種間で取り合い、協力して援助すること」と定義した。従って、連携しながら援助する際には、さして自らの職制の専門性を特に応用する必要は求められないが、協働による援助の場合には、それぞれの職種が従来の専門性を応用することが必要になるとした。

さらに、第2章第2節においては、第1節で先に述べた基礎理論を前提として、超学際的学問領域として発展してきている乳幼児精神保健学の基礎概念について概観した。心理的な問題の原因を全て個人の内界に求める傾向にあった個人心理療法に対して、乳幼児と養育者を一つのセットとして理解し、また、多職種が協働して親子の発達に関わることを前提としており、これまでにない予防指向的であるなどの特長を紹介し、母子保健領域において臨床心理学的なアプローチを応用する際の一助となるとした。

第3章第1節においては、まず、臨床心理学分野で重要視されてきた心理アセスメントは、いわば「(援助対象の)心理アセスメント」であると位置づけ、母子保健の目的の変化によってそのアセスメントの内容や範囲が変化してきたことについて言及した。「子

育ち支援」のみの時代には、子どもの発達を発達検査や観察によって行うことが求められてきたのであるが、発達障害を早期に見出す視点や被虐待による影響を見抜く視点なども必要となってきた。さらに、「子育て・子育て支援」の時代となってきたからは、養育者本人及び親子関係に関するアセスメントについても必要となっており、加えて、ソーシャル・サポート資源についてもアセスメントが必要であることを筆者の過去の支援事例などのデータを用いて論じた。

第3章第2節では、第2章第1節において定義した「協働による援助」について、筆者が保健師や保育士ら他職種との協働関係を生成しながら援助実践を続けていく約20年間の過程で見いだした「援助環境の心理アセスメント」という観点を提示した。これは、従来から臨床心理学分野で重要視されてきた上述の「(援助対象の)心理アセスメント」に対する呼称であり、以下のように定義した。「従来の心理アセスメントを「(援助対象の)心理アセスメント」とし、それに対応するものとして「援助環境の心理アセスメント」と呼称する。換言すれば、援助を行う現場について理解し、そこに携わるスタッフを理解することにより、その現場で援助対象者に実施する援助の中で、臨床心理学的なアプローチがどのように貢献しうるのかを考え、さらに、多(他)職種との協働のあり方を模索する作業、プロセスであり、(援助対象の)心理アセスメントと併せて行うものである。従って、心理職(臨床心理士)が他職種との協働によって行う援助や、従来型の個人心理療法が馴染まない現場において臨床心理学的援助を行う場合に特に必要な作業である。」

この「援助環境の心理アセスメント」は、従来型の心理職(臨床心理士)のみで行う個人心理療法などにおいては、さほど意識しなくても差し支えがなかったが、「他職種との協働による子育て・子育て支援」という新たな枠組みの中では、十分に意識する必要に迫られた結果、見いだされたものと言って良い。なぜなら、第2章第1節で述べたように、従来型の個人心理療法では転移現象などを有効に活用し、安定した援助関係を維持するために、いわゆる「治療的枠組み」といったものが既に出来上がっている環境下で援助実践をおこなうのに対して、本博士論文で扱った子育て・子育て支援の援助現場の一つである保健センターは、母子保健という個人心理療法とは異なる目的の元に機関や設備、スタッフが整えられて運営されており、その一部として臨床心理学的なアプローチを活用しようとする場であるからである。なお、この従来型の心理療法を行う場との違いは、スクールカウンセリングのそれとも共通する。

この従来型の個人心理療法における「治療的枠組み」は、例えば、大学院附属のカウンセリングセンターなどでは、従来型の心理療法を行うことを目的とした機関、設備、スタッフが整えられて運営されており、「1週間に1回50分、決まった曜日の決まった時間に、決まった担当者と決まった面接室で出会う」などといった形で体现されることが多いとした。

つまり、他職種との協働による「子育て・子育て支援」という、これまでとは異なる援助のあり方を模索する過程においては、従来から重要視されてきた「(援助対象の)心理アセスメント」のみを行うだけでは不適切であり、「援助環境の心理アセスメント」を併せて行うことにより、援助対象の親子が必要としている援助のあり方について、その現場、そのスタッフならではの方法を創出することができるのである。

第4章においては、ある保健センターでの協働スタッフを対象とした対話形式のインタビュー調査結果などをもとに、援助環境の心理アセスメントの過程の再現を試みた。

第5章においては、第4章までの理論展開に基づいた援助の実際について考察した。

第5章第1節では、保健センターに援助対象の親子が来談する一般的な形式による「センター来所・個別型」の事例を数例提示し、援助対象・援助環境の心理アセスメントの結果、援助構造を積極的に活用する方策について論じた。

第5章第2節では、心理職（臨床心理士）としてはあまり馴染みのない家庭訪問による援助事例について、援助環境の心理アセスメントの一貫として、他職種の視点を明らかにした。母子保健領域における子育て・子育て支援としての意義とむずかしさ、また、幼い子どもに関する親子相談ではごく当たり前に行われてきた、母親が次子を妊娠することによる長子の相談の中断などについても論じた。

第5章第3節においては、ある保健センターで実施される母子保健事業をフル活用して援助した親子の事例を通して、個人心理療法とは異なる母子保健領域ならではの他職種との協働による援助について考察した。

第5章第4節および第5節においては、母子保健領域や乳幼児精神保健学において重要視される予防的なアプローチに焦点を当てた。援助対象の心理アセスメントの視点から昨今の親子の状態を理解し、援助環境の心理アセスメントの結果と考え合わせて、子どもの心理療法で使われることのあるスクイグル・ゲームを応用した「らくがきゲー

ム」を考案し、乳幼児と養育者との相互作用を活性化することを目的として実施した結果を検討した。この際、第4節では、「らくがきゲーム」が、養育者の直感的養育行動を活性化して、前言語・非言語的コミュニケーションの疑似体験となりうるかどうか、その可能性を検討した。その結果、らくがきゲームのプロセスは3つのタイプに分類され、さらに養育行動の変容が認められた。第5節では、良好な親子関係を維持・促進するために一定の効果が認められている子育て教室における託児が、必ずしも必須でないことに注目した。「らくがきゲーム」によって、日常から切り離された乳幼児－養育者間の相互的な関わり、間主観的関わりを可視化、可聞化し、しっかりと味わい意識化することは、養育者、ひいては乳幼児の内的表象に関わる可能性がある。その際、親子教室における親子分離（託児）という、一見矛盾した構造が必要不可欠となるとした。

次節、第6章第2では、これまで、母子保健における心理職と他職種との協働について論じてきた中で新たな理論として提示した「援助環境の心理アセスメント」の意義について考察する。

文献

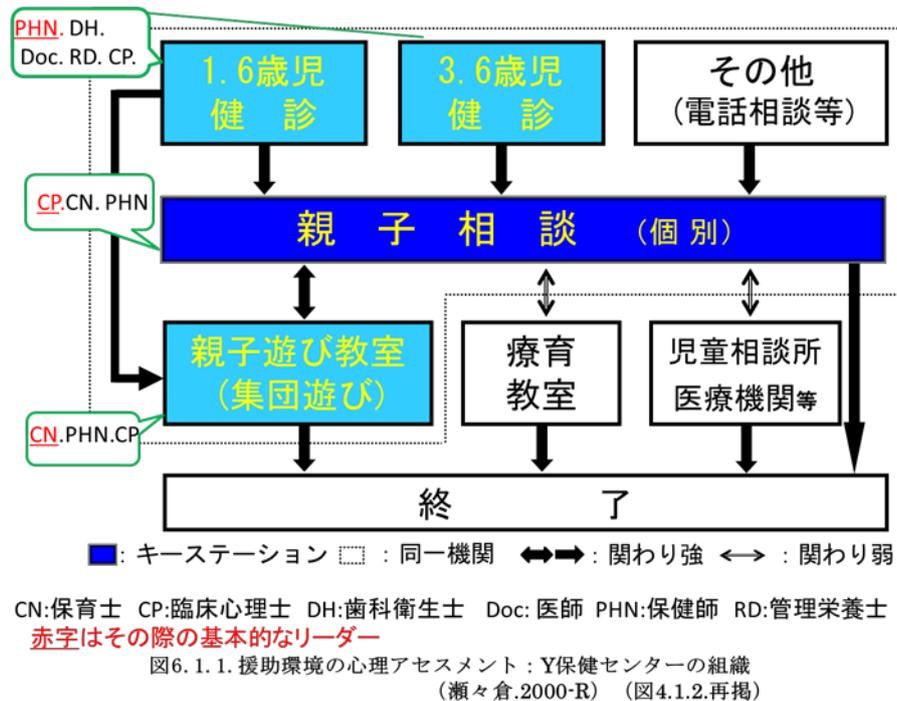
小泉吉永（2007）「江戸の子育て」読本－世界が驚いた！「読み・書き・そろばん」と「しつけ」－.小学館

第 2 節 援助環境の心理アセスメントの意義

本博士論文で論じてきた「援助環境の心理アセスメント」という概念は、臨床心理学的なアプローチを応用する際の「援助モデル」ではなく、臨床心理学的アプローチの応用の際に活用する理論的観点であり、実際的な方法、技術である。第 1 章第 1 節で既述したように、現代の子育て状況は、様々な要因から複雑化しており、いずれの専門職によってもその一つだけの側面に関する援助では不足してしまい、他職種との協働・連携による多角的なアプローチが必要とされる状況が多くなってきている。その他（多）職種間の協働関係の中で行う援助に、従来からある個人心理療法のあり方そのものを心理職（臨床心理士）が投入することの弊害については、第 2 章第 1 節において、転移現象をキーワードに論じた。ここで、新たな援助モデルを構築し、それを固定的なものとして各地域の保健センターにあてはめようとするとなることが起きるだろうか。その地域の特性やその保健センターの多様性を無視し、個人心理療法という枠組みとは異なるものの、それにかわる新たな固定モデルを押しつけることになるに過ぎない。さらに、固定的なモデルに固執するとすれば、そのこと自体が現場の諸事情との祖語を生じ、協働関係生成の支障となる。

つまり、その現場、そのスタッフの状態に即した援助を考えるためには、経験の積み重ねから創り上げる具体的な「援助モデル」を構築することに留まらず、さらにそこから重要な要因を抽出した概念を提示する方が、より意義があると考えられた。換言すれば、約 20 年間にわたって他職種との協働関係を模索・生成しながら、保健センターにおける心理職（臨床心理士）と他職種との協働による親子援助のモデル、スタイルを構築してきた筆者の援助実践過程をふり返り、何らかの共通項が見出せないかを検討して整理したものが「援助環境の心理アセスメント」である。これは、母子保健領域に限らず、従来型の個人心理療法が馴染まない現場、例えば先に触れたスクール・カウンセリングなどにおいて臨床心理学的なアプローチを応用しようとする際にも、活用可能であると考えられる。

上記したことを本博士論文で幾度となく提示したシステム図を元に具体的に説明すると以下のようなになる。第 4 章第 1 節において、援助環境の心理アセスメントの中でも特に「組織に関する側面」に着目して図 6.2.1（図 4.1.2 再掲）を初めて作成したのは、1990 年代であり、初めて公刊されたのは 2000 年のことである。



第1章第1節で既述したように、徐々に地域子育て支援拠点「ひろば型」や乳児家庭全戸訪問事業など、母子保健事業以外の子育て・子育て支援に関する事業が整備されてきたが、第5章で提示した事例は、まだこれらの整備が十分に進んでいない時期を想定したものである。従って、子育て・子育て支援に関する諸事業や諸機関が整備されつつある現在、第5章で提示したような親子の援助に際して改めて「援助環境の心理アセスメント」を行えば、図6.2.1とは異なるシステム図が作成され、新たな援助のあり方が創出されるはずである。

そこで、第5章第2節、および、第3節において記載した事例の援助過程について、以下に仮説的な展開を述べる。実際の援助時の援助環境の心理アセスメントと、その後、他領域、あるいは他領域と母子保健領域との連携事業として実施されるようになった子育て支援事業を加え、仮説として援助環境の心理アセスメントを行った結果とを比較する。比較の便宜上、実際の援助時の援助環境の心理アセスメント結果によって作成した図6.2.1を改訂して図6.2.1Aとし、現在の子育て支援事業として新たに開始されているものをオレンジ色で加えた仮説、図6.2.2と比較しながら検討する。

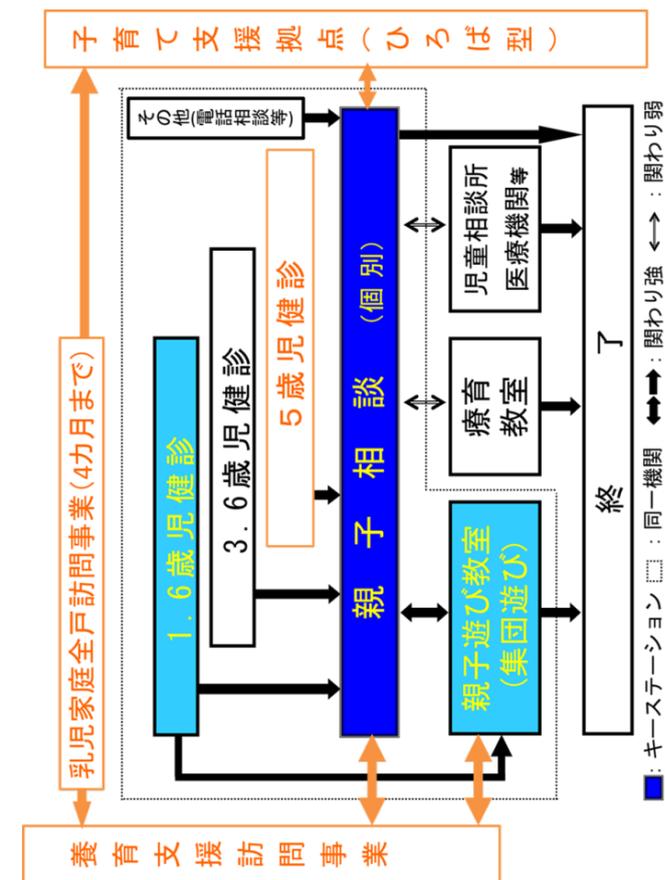


図 6.2.2 母子保健事業と新しい子育て支援事業との連携の例

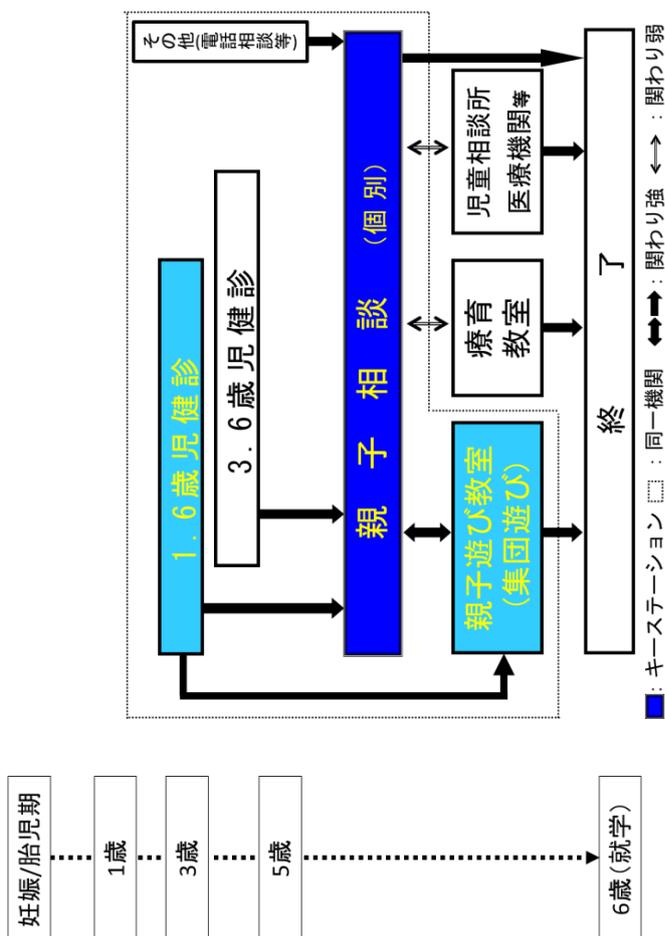


図 6.2.1A Y保健センターにおける母子保健事業

図 6.2.3 実施時期による「援助環境の心理アセスメント」結果の違い：「組織に関する側面」

まず、第5章第2節で例示した妊娠後期の母親と子どもらに対して実施した家庭訪問事例については、母親からの電話を受け付けた時点で、保健師が緊急性を察知した。保健師から連絡を受けた心理職（臨床心理士）は、とりあえず家庭訪問の是非に関して援助対象・援助環境の心理アセスメントを簡単に行い、家庭訪問を通常業務としている保健師と共に行うということと、家庭訪問支援の経験が無い心理職（臨床心理士）と保育士ではあるが、このスタッフ間の良好な協働関係から考えて訪問支援をすることは可能であると判断し、ともかく出向いたのであった。そして、初回の訪問において行った「(援助対象の)心理アセスメント」の結果、この母親と胎児を含めた子どもらには、臨床心理学的な観点からの危機介入と、子どもには遊びによるストレスの開放が必要であると判断された。しかしながら、援助環境の心理アセスメント結果からは、非常勤の心理職（臨床心理士）と保育士が訪問を行えるのは精々月に1回程度であり、その間の親子の様子を保健師が電話や訪問によってフォローすることによって補うこととなった。この家庭訪問による危機介入の効果は、初回面接時間のうちから顕著に表れ、親子は急速に落ち着きを取り戻して、母親は無事出産に至り、産後の親子の経過も非常に良好なものとなった。

この親子の支援時は、妊娠時の母子保健事業が積極的に展開されていたわけではない状況であったが、母親自身が保健センターに直接電話をして助けを求める能力を有しており、そのことが早期解決の第一要因となった。換言すれば、1.6歳児健診以前の時点で親子に何らかのトラブルが生じて、この図6.2.1Aのシステムでは、保健センターのスタッフは親子の危機的な状態に気づくことすらできなかった可能性が高い。

しかし、現在は、図6.2.2のように、原則として生後4カ月までの乳児とその養育者を対象とした「乳児家庭全戸訪問事業」が開始されており、より早い時期に保健センターの親子相談など、心理職（臨床心理士）が関わる事業へとつなげられる可能性が出てきている。また、同様に、「養育支援訪問事業」では、妊娠・出産・育児期の親子を対象とした、さらに早い時期からの支援が可能とされており（厚生労働省.2014）、この事業がうまく機能していれば、本事例の母親のように自ら助けを求めることが出来ない場合でも、妊娠期から訪問支援が展開される可能性が高まっている。

従って、たとえ同じ状況の親子、つまり「(援助対象の)心理アセスメント」の結果は同じであったとしても、併せて行う「援助環境の心理アセスメント」の結果が異なっていれば、そこから導き出される援助のあり方は異なってくるのである。

ただし、これらの訪問事業について、訪問者の選定や研修など、まだまだ課題が山積していることは、第5章第2節において既述したとおりである。即ち、例え「養育支援訪問事業」事態はその地域で実施されるようになっていたとしても、こういったスタッフがそれに従事しているか、つまり「スタッフに関する側面」について「援助環境の心理アセスメント」を実施した結果によっては、実際の援助のあり方は異なってくる。「援助環境の心理アセスメント」によって、養育支援訪問事業による訪問者がどのようなオリエンテーションを持つスタッフなのかを理解し、その訪問者が臨床心理学的な危機介入を実施できる知見を持ち合わせていなければ、例え事業としては養育支援訪問事業が実施されていたとしても、やはり、保健センターの親子相談に従事していた心理職が訪問する必要があると考えられる。もちろん、その場合にも、心理職とどのような連携、又は協働関係を生成するのかを十分に考える必要がある。

次に、第5章第3節において例示した、親子の関係性障害が推察され、母子保健事業をフル活用することで支援した親子についても、新たな援助システムをもとにした援助環境の心理アセスメント結果によって、どのような援助が展開される可能性があるのか、仮説的に論じる。

この親子の場合、「(援助対象の)心理アセスメント」結果からは、できうる限り親子二人だけの時間は減らすことによって母親の負担を減らし、限られた時間は子どもに侵襲的に関わらないで済むような状況を創り出すこと、一方、その間、子どもには第3者によって、穏やかで安定した情緒的な関わりと、発達促進的なアプローチの提供が必要であると判断された。また、母親についても、被虐待的関わりによる相当根深い心的外傷を抱えている可能性があり、そのことに注意深く慎重にアプローチすることと、子どもの発達過程をそれとなく理解してもらうことが、今後の親子関係の修復に向けて必要であると判断された。併せて行った援助環境の心理アセスメント結果からは、この親子に活用しうる事業、支援は、以下であることが理解できた。①できうる限り「親子相談」を頻回に行うこととその相談時の工夫。②「親子遊び教室(集団遊び)」に参加を促し、きめ細かくサポートするために心理職(臨床心理士)も参加する。心理職(臨床心理士)が参加できなければ、保健師や臨時で雇用した親子遊び教室全体を統括する保育士とは別の保育士が付きそう。③保健師による電話や訪問によるフォロー。④児童相談所との連携。以上の4つである。この支援方法では、母子保健事業の内容としても多く

の業務を担当しており、その他の事業も多く抱えている保健師にとっては相当負担のかかることであった。また、援助に関わったスタッフ一同、常に連絡を取りながら「綱渡り」のようなギリギリの所で踏ん張っていた感がある。

この際、もしも図 6.2.2 のように新たな子育て支援事業が展開されており、保健センターのスタッフと「ひろば」のスタッフとがうまく連携できる状態であるといった援助環境の心理アセスメント結果が得られるのであれば、支援の有り様はかなり異なったものになったと考えられる。例えば、平日は毎日開放されていることの多い「ひろば」を親子で活用してもらいつつ、1週間又は2週間に1回程度の頻度で、保健センターではより問題に焦点を絞った専門的な援助を行うことが可能になり、保健センターのスタッフだけで汲々とする必要はなかつただろうと推察される。

また、新たに整備されてきている子育て支援拠点「ひろば型」が、その地域において充実したものであれば、この事例に限らず、保健センターの「親子遊び教室」の役割との関係も再考が可能となる。これまで一般の地域住民からの人気も高く、募集開始直後に定員を超えてしまっていた「親子遊び教室」の参加対象をより専門的な援助が必要な親子に特化するといった方策も可能になるだろう。一般の地域住民への親子支援は「ひろば」に任せ、保健センターで開催する「親子遊び教室」において、よりきめ細やかなグループ援助をするといった方法も考えられる。

以上、本博士論文で考察してきた「援助環境の心理アセスメント」について、従来から行われている（援助対象の）心理アセスメントと併せて実施する必要性とその意義について論じた。従来から行われている（援助対象の）心理アセスメントを実施した結果が、例え全く同じ親子に対してであっても、併せて行う援助環境の心理アセスメントの結果が異なれば、そこから考え得る援助のあり方は異なってくるのが第5章で検討した2事例を仮説的に再考することで確認された。

（援助対象の）心理アセスメントによって、援助対象に必要とされる援助の内容を理解し、さらに、時代の変遷と共に変化していく援助システムや、地域性や援助機関ごとに異なるスタッフに関わる条件など、援助環境に合わせて有効な援助を創出しようとするのであれば「援助環境の心理アセスメント」という観点、方法の活用が必要である。

次節では，これまでの調査や論じたことをもとに，母子保健における臨床心理学的アプローチの応用と心理職の役割について整理する。

文献

厚生労働省ホームページ．養育支援訪問事業ガイドライン．

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/kosodate08/03.html>.2014年5月23日

第 3 節 母子保健における臨床心理学的アプローチの応用と心理職の役割

本節では、筆者が保健所・保健センターにおける援助実践において実際に行ってきた内容の分析結果、母子保健における心理職の役割に関する全国調査の分析結果、昨今の親子支援においてポイントとなっている事柄など、本博士論文で論じてきた内容をもとに、母子保健における心理職、中でも心理職の役割と、その具体的な方法とはどのようなものなのか整理する。

なかでも、第 2 章第 2 節に記載した先駆的な支援を 1970 年代初頭から既に開始している乳幼児精神保健（IMH）サービスと照らし合わせ、現代の日本の諸事情も鑑みて、母子保健における心理職の役割について提案したい。

1. IMH と母子保健における心理職の役割の検討

まず、第 2 章第 2 節で紹介した米国ミシガン州での乳幼児精神保健サービスを再掲する（表 6.3.1. : 表 2.2.1 再掲）。これは、非常に先駆的であるが、日本の現状と照らし合わせて、可能なことは何であるか、順に確認していく。

表 6.3.1. IMH サービス (Weatherston (2002) より抜粋。和訳は筆者による)

(表 2.2.1 再掲)

1. Concrete assistance 具体的な援助
家族の食物，乳児用のミルク，医療，住居に関する切迫したニーズは，親が子どもに食べ物を与え，護り，養育するために満たされなければならない。
2. Emotional support 情緒的なサポート
IMH スペシャリストは，子どもの養育について危機的状況に直面している家族に対して，情緒的なサポートを提供する。
3. Developmental guidance 発達相談ガイダンス
IMH スペシャリストは，赤ん坊を世話する上で知っておく必要のある赤ん坊特有の発達やニーズについて，知識を提供する。
4. Early relationship assessment and support 初期の関係性アセスメントとサポート
IMH スペシャリストは，養育者が彼らの赤ん坊を養い，護り，安定させ，さらに赤ん坊への理解を高めるために，スペシャリストとの関係を構築し，その関係を活用する多様な機会を提供する。
5. Advocacy 擁護
IMH スペシャリストは，度々意見を話すことのできない乳児や養育者のために発言する。
6. Infant-parent psychotherapy 乳幼児－親心理療法
乳幼児が乳幼児－親心理療法の場にいるということは，不可欠である。乳幼児は，スペシャリストの理解を活性化し，介入の焦点を明確にする。

「1. Concrete assistance 具体的な援助」

日本における心理職（臨床心理士）の養成課程や関係法規を考慮すると，この点については，心理職（臨床心理士）自身が実施するというよりも，むしろ，児童福祉法に則って，ケースワーカーなど福祉領域の専門家と連携をとる方が現実的である。

「2. Emotional support 情緒的なサポート」

この点については，まさに心理職（臨床心理士）の仕事であり，より，高度なサポートができるよう研鑽を積むべきである。

「3. Developmental guidance 発達相談ガイダンス」

乳幼児期の親子相談をする心理職としては，必須である。ただし，大学院修士課程で臨床心理学を専攻としてきた者は，必ずしもこの発達心理学の関わる領域について，十分な教育を受けているとは限らず，自己研修と研鑽が必要である。

「4.Early relationship assessment and support 初期の関係性アセスメントとサポート」

本論文第3章第1節で記述した母子保健領域における（援助対象の）心理アセスメントの広がりに関係している項目である。この点に対応できるような、トレーニングが必要である。

「5.Advocacy 擁護」

この視点は重要であるが、日本における母子保健システムを考慮すると、心理職が積極的にうごくよりも、むしろ、保健師が中心となって行う方がスムーズであると考えられる。

「6.Infant-parent psychotherapy 乳幼児－親心理療法」

まさに、本論文で扱った内容に関わる点であり、第5章第2節及び第3節における事例は、乳幼児－親心理療法をベースにしている。ただし、援助環境の心理アセスメント結果によっては、他機関で対応可能なところがあれば、リファーすることや、第5章であげたような他職種との協働による応用など、よく検討するべきである。

このように、日本の現状と照らし合わせると、ミシガン州で実施されているIMHサービスの例は非常に先駆的で大いに参考にはなるものの、必ずしもそのまま做うことが最適であるとは限らないことが理解できる。では、改めて、日本の母子保健における心理職の役割として必要と考えられる役割とはどのようなものであろうか。母子保健における心理職の役割は、表6.3.1のように3つに大別することが可能である。

表 6.3.1.母子保健における心理職の3つの役割

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">(1) 発達心理学的観点からのアプローチの実施(2) 臨床心理学的観点を応用したアプローチの実施(3) 他職種との協働・連携によるアプローチへの貢献 |
|--|

次に、上記の3つに大別された役割について説明し、具体的な方法についても記述していく。

(1) 発達心理学的観点からのアプローチの実施

子どもと養育者に対して、発達心理学的な観点からの（援助対象の）心理アセスメントを行い、サポートを行う。

これは、母子保健法が制定された1965年以来、心理職に期待されている役割と考えるても良いだろう。いわば、「子育て支援」にあたる部分が中心となる。

なお、このアプローチには、第3章第1節で記載した **DSM-IV-TR** (APA.2000) という Disorders Usually First Diagnosed in Infancy, Childhood, or Adolescence (いわゆる、発達障害)、または、**DSM-5** (APA.2013) では Neurodevelopmental Disorders (神経発達症：和訳は未確定)とされるグループを含めた心理発達面に関するアセスメントとサポートが含まれている。

これらは、母子保健事業として行われている乳幼児健診や新たに始められつつある5歳児健診とその後のフォローにおいて、特に必要となるアプローチである。具体的な方法としては、上記の健診やそのフォローにおいて、発達テストや観察、面接などを通じて子どもと養育者の情緒・発達面について（援助対象の）心理アセスメントを行い、必要な助言や親子教室などにおけるグループ遊びの提供、療育教室や専門医・専門機関への紹介などを行う。

また、養育者自身が上記した発達障害などの問題を抱えている場合は、子どもの乳幼児期に重要な意味をもつ親子相互作用が十分に展開されない可能性も高く、その問題の特性を十分理解した上で、養育者が取り入れやすい具体的な助言を行うことが必要になる。

(2) 臨床心理学的観点を応用したアプローチの実施

臨床心理学的観点を応用したアプローチの実施については、「子育て支援」という観点が重視されるようになってきた昨今、新たに必要とされるようになったアプローチである。これは、さらに以下の3点に分類することが可能である。

①以下の a・b・c について（（援助対象の）心理アセスメント）を実施し、その結果と②の援助環境の心理アセスメント結果を踏まえてサポートする。

a.子どもと養育者の情緒面、b.親子の関係性、c.ソーシャル・サポート資源

a・b.子どもと養育者の情緒面、および親子の関係性については、例えば米国々立の NPO 法人 ZERO TO THREE (2005) による 0 歳から 3 歳までの診断基準、DC:0-3R などに基づき、乳幼児とその家族の Posttraumatic Stress Disorder (心的外傷後ストレス障害)、Anxiety Disorders of Infancy and Early Childhood(乳幼児期および幼少期早期の不安障害)や Relationship classification (虐待を含めた関係性障害などに関するアセスメント)とそのサポートなどが必要とされる。また、養育者についても、Postnatal Depression (産後のうつ) その他の精神疾患の可能性などについてアセスメントが必要である。

c.親子が既に有しているソーシャル・サポート資源に関するアセスメントも重要であるが、これに関しては、直接親子から聴き取る以外に、地域に根付いた保健師など他職種からの情報も有効であると考えられる。

既に行われている母子保健事業との関係でいえば、(1)と同じく乳幼児健診や新たに始められつつある 5 歳児健診とその後のフォロー、親子相談などにおいて行われる。また、もしも「こんにちは赤ちゃん事業」などの訪問事業に心理職(臨床心理士)が関わっているのであれば、その場でも行われる必要がある内容である。

②援助環境の心理アセスメントの実施

援助環境の心理アセスメントの内容については、本博士論文の第 3 章第 2 節、第 4 章などに詳解している。従来から行われている①の(援助対象の)心理アセスメントと併せて、援助環境の心理アセスメントを実施した上で、その機関において可能な臨床心理学的アプローチを考案する必要がある。この中には、心理職自身の能力に関するアセスメントも含まれており、自身は何ができて何ができないのかといったことも冷静に見極めたうえで、援助につなぐべきである。

③従来型の心理療法から得られた知見の意義を再解釈し、母子保健における子育て・子育て支援に応用する。

この際にも、援助対象・援助環境の心理アセスメントにもとづいて実際の援助は行う必要がある。なお、この項目について、本博士論文で論じた代表例は、子どものプレイセラピーで用いられることの多いスクイグル・ゲームを応用した「らくがきゲーム」を

考案し、養育者間へ施行した例である。その他、援助環境の心理アセスメントを実施する際に活用するとした技術等も含まれる。

(3) 他職種との協働・連携によるアプローチへの貢献

他職種との協働・連携によるアプローチへの貢献についても、近年「子育て支援」や児童虐待への対処が母子保健の目的に加えられるようになってから、より、重要視されるようになったアプローチであり、以下の3つに分類される。

なお、援助対象・援助環境の心理アセスメントの結果によっては、敢えて他職種との協働関係をとらず、各々が独立した支援をする方が良い場合もある。

①協働スタッフの心理的なサポート

殆どの場合が常勤職であり、長く地域住民に関わることから、特に住民の矢面に立たされやすい保健師の心理的サポートは特に重要である。

②協働スタッフのコンサルテーション

養育者の中には、時に心理職（臨床心理士）に会うことに強い抵抗を示す人がいる。そうした場合、直接親子に会うことは保健師に任せ、心理職（臨床心理士）はコンサルテーションにまわるといった方法なども考えられる。

③相互勉強会の開催や学会での共同発表などへの誘い

短いスパンで変化する関連法令、大幅に改訂された診断基準、日々変化する親子の様子などの状況下では、研修や、相互の勉強会も必要である。

また、母子保健の現場で、日々、援助実践に追われ、時には住民からの厳しいクレームにも対応するなどしていると、疲弊と共に自らの仕事の意味が分からなくなるなど、バーンアウトに陥るスタッフもいる。これらの状況を変えるためにも、第三者からの意見を聞くことや自らの支援を客観視する機会となる関連学会でも発表・参加は意味がある。また、行政職に母子保健の重要性を理解してもらう一助にもなる可能性がある。

ただし、この項目については、筆者が大学勤務の研究者であることから可能となった内容なのかもしれない、実施にあたっては、各心理職自らの援助環境の心理アセスメントを行った上で実施の是非を検討されたい。

以上，母子保健における臨床心理学的アプローチの応用と心理職の役割についてまとめた。この内容からは，母子保健領域に貢献できる心理職の養成についても考えていく必要があると考えられる。

文献

American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. American Psychiatric Pub. Washington, DC

American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR. American Psychiatric Pub. Washington, DC

ZERO TO THREE (2005) Diagnostic Classification, 0-3. Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood: Revised edition (DC:0-3R.-Rev.). ZERO TO THREE Press. Washington, D.C

第4節 本研究の限界と展望

これまで、母子保健における臨床心理学的アプローチの応用について論じてきた。第1章において述べたように、この領域の心理職は、母子保健法制定時の目的にそって、主に発達心理学的な観点からのスクリーニング、つまり、子どもに関する援助対象の心理アセスメントに関わってきたが、近年になって、「子育て支援」という新たなテーマが出てきたために、新たな観点やアプローチが必要となってきた。なかでも臨床心理学的なアプローチは、応用を意識的に行う必要があり、そのあり方について論じてきた。

第1章第2節の母子保健領域に関わる心理職の役割に関する実態調査結果からは、現代の親子を心理的に支えるには、従来からの単独の心理学分野のみで対応することは困難であり、少なくとも発達心理学と臨床心理学という異なる領域について網羅している必要があることが理解できた。

また、母子保健領域に関する活動指針「健やか親子21」において設定された4つの課題のうちの第4課題「子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減」のための活動に伴ってか、心理職が10年前よりも雇用されるようになり、子どもへの虐待への対処については、少なからず心理職が貢献していることも示された。一方で、心理職の多くは非常勤職であり、より、母子保健領域における課題改善に貢献するためには、その雇用形態の是正が望まれることにも言及した。

最早期の親子に出会え、多職種との協働による援助が可能な分野である母子保健領域は、子育て・子育て支援において重要な現場である。その現場で十分に貢献できる心理職の養成が急がれる。

いずれにしろ、刻々と状況が変化していく現代において、諸事情に応じた最善の親子支援を心理面から考えるにあたっては、従来型の（援助対象の）心理アセスメントと併せて、援助環境の心理アセスメントの実施が欠かせない。

いわゆる心理アセスメント、本論文でいう狭い意味での（援助対象の）心理アセスメントを実施することで、特に問題の無かった従来型の個人心理療法を中心とするような臨床心理学的なアプローチは、いわゆる対症療法的なものとして位置づけられる。これまで観てきたように、子育てに関する困難は、現代社会における諸条件に強く影響されている内容から個人的な問題までマクロ・ミクロの諸状況が複雑に絡み合う中で生じてきて

おり、その対処についても一筋縄ではいかない。

しかしながら、市町村の保健センターという地域に根ざした機関において、公衆衛生を基礎にした母子保健事業の中で、他職種と協働し臨床心理学的なアプローチを応用しようとする過程では、予防的な関わりも行うことができるなど、新たな可能性が認められた。

至極当たり前のことではあるが、主に母子保健が対象としている乳幼児期の様々な体験は、心身の大きな変化にともなって様々な危機的状态にも陥りやすい思春期に影響を及ぼす。乳幼児期、又は、妊娠期（胎児期）のうちから、意味ある体験を積み重ねていくことをサポートすることは、将来にわたって意味のあることである。

また、平岩（2011）の言うように、母子保健法に裏付けられた「母子保健」は、実際には「親子保健」へとその対象と役割を広げつつあるが、行政的な壁が大きな存在感を示している。妊娠・出産や乳幼児期の管轄は厚生労働省であり、母子保健はここに則っている。続く幼稚園や小学校・中学校・高等学校・大学などの教育を受けている期間は、文部科学省の管轄である。やがて、妊娠・出産に至ると、また、厚生労働省管轄に戻ってくるというサイクルとなっており、平岩（前掲書）は、ライフサイクルが2分されていることを問題として指摘している。このことを意識して、「健やか親子21」の課題1.には、「思春期の保健対策の強化と健康教育の推進」が掲げられてはいるものの、めざましい改善はみられていない。これは、ほぼ同年代の子どもを対象としている厚生労働省管轄の保育園と文部科学省管轄の幼稚園が、一元化の動きを見せながら、様々な弊害もあり実現していないのと同様、「母子保健」の対象を広げるのも、一筋縄ではいかないのかも知れない。

新生児死亡率の低下や疾病や障害の早期発見を目的に、母子の健康、安全を目指して始まっていることから、当初の名称は「母子保健」とされたものと考えられるが、子育て・子育て支援へとその目的が拡大されたことが明らかな現在、男性の育児参加を促す、また、思春期を見据えるだけでなく、循環するライフサイクルの中での子育て・子育て支援という観点から考えると、「母子」だけに注目するのではなく、「親子保健」としていく方が適切である。このことは、長らく母子関係のみに心理学的な発達理論が偏っている心理学分野についても、同じく一考の余地がある。

心理職，なかでも臨床心理士など臨床心理学をベースにおく者にとって，母子保健（親子保健）に関わることの意義を改めて述べたい。既に問題や症状がある程度固定化してからクライアントに出会い、過去の体験を「ふり返る」形で乳幼児期に関わり、転移関係というある種の再体験を活用することで支援するのが一般的な従来型の個人心理療法である。これを否定したり，不要としたりするものではないが，母子保健という異なる文脈で運営される現場、他職種と協働することによって、「予防的関わり」に貢献できるということは、大変意義深く，今後のさらなる充実が望まれる。

一方，本博士研究で得られた研究成果を反映させた専門家養成については，今後の課題である。

なお，本博士論文研究から発展した内容の今後の展望としては，以下のことをあげることができる。保健センターからの家庭訪問による早期支援については，現在，科学研究助成費（基盤研究（C）．研究代表者：瀬々倉（2013））により，国内の実態について調査を継続的に行っている。また，家庭訪問による子育て・子育て支援の歴史が長い英国において，**Health visitor** や英国在住で **Home visiting service** を受けた経験のある臨床心理士らへのインタビュー調査を行い，複数の **Children's Center** に関する現地調査も実施している。さらに，**Sussex University** において **Social Worker** によるレクチャー受講と，心理学の立場から精神保健にも関わりのある研究者や子ども家庭福祉分野の研究者らと交えたディスカッション等を実施し終えており（2014年6月13－23日．未刊行），本博士論文研究が一段落し次第，調査結果の分析，及び論文執筆の予定である。さらに，国内外の援助実践家や研究者と、今後も議論を重ねていく予定である。

また、「らくがきゲーム」についても，今後，他分野の研究者や援助実践家らと協力し，これまでの質的研究を中心としたものから量的な研究も加えていく予定である。それにより、現場で活用できるものへと発展させることができるよう準備を進めている。

文献

平岩幹男（2011）親子保健 24 のエッセンス．医学書院

瀬々倉玉奈（2013）市町村保健センターによる最早期からの家庭訪問における心理的

親子支援モデルの検討．科学研究助成費基盤研究（C）研究計画調書．未刊行

謝 辞

この論文を終えるにあたり、まず、多くのことを教えて下さり、その経験を研究と実践に活かすことを許して下さったいくつもの保健所・保健センターやその他の機関でお会いしたお子さんや御両親、御家族に感謝を申し上げ、今後のご多幸をお祈り申し上げます。

また、保健所・保健センターをはじめとした様々な現場で、共に感じ、共に考え、工夫を重ねながら援助活動を行った協働スタッフの皆様には厚く御礼を申し上げます。

神戸大学大学院の諸先生方には、以下のような御指導・御鞭撻を賜った。

朴木佳緒瑠教授には、そもそも論文とはどういうものなのかという根本的な問題から厳しく御指導いただき、さらに、ジェンダー論のお立場から、母子保健における心理職の連携的支援と母親のエンパワーメントとの関連性について御指導いただいた。朴木教授の研究者として決して妥協を許さない御姿勢には、感銘すら覚えた。

松岡広路教授には、生涯発達支援論のお立場から、母子保健における専門職間の連携と支援がもつ学びの共同体としての意義について御指導いただいた。また、筆者が言葉に表しきれない研究の背景についても深い共感的な理解を示していただき、小さくまとまらずに、主張したいことを主張せよと背中をどんと押していただいた。御指導をいただいた際の、厳しい理論的追及とその背景から滲み出る優しさには、松岡教授の対人支援のあり方をうかがい知る思いであった。

森岡正芳教授には、臨床心理学のお立場から母子保健における心理職による地域コンサルテーションを中心とした個別援助の有効性について御指導いただいた。そして、臨床心理学の幅広さを教えていただいた。そもそも、本文にある「らくがきゲーム」のもととなったスクイグル・ゲームの応用、MSSMは、10数年前に森岡教授から手ほどきを受けたものである。また、対人援助における「協働」について、援助スタッフのみの協働で良いのだろうか、大変意味深い御指摘をいただいた。今回の博士論文では、今、まさに、日本の親子支援で課題となっている、援助スタッフの協働にのみ言及したが、今後の援助活動の中で真摯に問い続けていきたいと考えている。

鳥居深雪教授には、発達臨床学のお立場から母子保健における心理職による親子教室

(グループ援助)の意義と有効性について御指導いただいた。また、御自身も保健所・保健センターに関わっていらっしゃるご経験から、実践的な視点からのご助言を沢山頂戴した。特に、臨床心理学が出身の筆者は、母子保健領域における子どもの発達を見る視点の重要性を十分理解しているつもりであっても、どうしても養育者の不安などに視点が集中してしまう傾向にあることを改めて御指摘いただいた。

そして、伊藤篤教授には、研究に関わる様々な事柄について、大変なお世話になった。御自身も「すこやかスペースあーち」の運営という子育て・子育て支援実践者のお立場でいらっしゃるごことから、筆者には考えも及ばないような包括的な親子支援について学ばせていただいた。御専門が子ども家庭福祉でいらっしゃる、臨床心理学をベースとしている筆者とは微妙に異なるにもかかわらず、御指導をお引き受け下さったことに改めて感謝申し上げたい。出来の悪い学生で、何かと御負担をおかけしたと推察しているが、同じ子育て・子育て支援に関わりながらも、理論的背景が異なるという、ある種の異文化コミュニケーションの中で、多くのことに気づかされた。

また、国際学会での発表の際などには、語学的な御指導も丁寧にしていただいた。

さらに、入学初年度の右も左も分からない時期に、伊藤教授の御紹介で、臨床心理学を御専門とされる吉田圭吾教授、幼児教育学が御専門の北野幸子准教授から御指導をいただけたことで、大いに研究の幅を広げることが出来た。

吉田教授には、少し距離があきがちだった精神分析、対象関係論の世界に改めて誘っていただき、ウィニコット研究会にも参加させていただいた。このことが、大いに研究に活かされたと感じている。これまでの研究をとっても面白がってくださる吉田教授の前で御報告できたことは、とても貴重な体験であった。少し、臨床心理学との関わり方が変わってきたことを実感している。

北野准教授には、国際学会で発表したり、海外の研究者と交流したりすることの意義を教えていただき、何かと躊躇していた筆者を海外へと力強く後押ししていただいた。また、北野准教授の幼児教育にかける熱い思いを拝聴し、その精力的なご活躍を拝見することで、筆者自身も頑張ろうと度々意を強くした。

お二人の先生方の御指導にも心から感謝を申し上げたい。

神戸大学大学院人間発達環境学研究科では、国際的な刺激を受ける機会が多く、貴重な経験を積むことができた。例えば、本論文提出直前には、英国において初めての海外

調査にも臨んだ。諸般の事情で、予定外に筆者自ら面識もない方々に御連絡を取ることとなったが、多くの方がインタビュー調査や Children's Center の視察、いくつかのディスカッションに快く応じてくださった。幾度となく暗礁に乗り上げた現地調査計画ではあったが、これまでに関わった多くの方々の御陰で成り立っている現在の実践研究を無にすることだけは許されないと踏ん張った。それでも、調査の立案を自ら行うのは当然のこととして、海外における調査のコーディネートまで自ら行うなどということは、おそらく神戸大学大学院に進学していなければ、経験しなかったことだろうと感じている。これからは、あまり躊躇することなく、行きたい国に出かけ、会いたい方にお目にかかって学ぶことが出来そうだと感じている。今回の調査結果については、今後成果をまとめることを楽しみにしている。

はるか昔の学部生時代であるが、神戸女学院大学では、北村圭三名誉教授にカウンセリングの基礎をしっかりと御指導いただいた。逐語録の起こし方と活用、今は経験しないまま臨床心理士になってしまうことも多いファンタジーグループ経験なども含めた様々な実習経験は、今も大切に活用させていただいている。英文学科から児童学科へと転学科するという方向転換をその他の多くの先生方も力強くサポートして下さった。大学内で開講されていたありとあらゆる心理学関係の科目を受講させていただき、特別な配慮で幼稚園・保育園実習も経験させていただいた。これらの経験が、援助対象者（クライアント）のカウンセリング・ルームの外での日常生活の重要性を理解することにつながっただけでなく、本博士論文でも記述した保育士との協働の際にも、とても助けになった。

また、母子保健領域で臨床心理学的な観点をどのように活かすのか考え始めた約 20 年前、臨床心理学の観点からばかり考えるのではなく、保健師の世界を理解しようと読み始めた保健婦雑誌（現在は保健師ジャーナル）に連載をされていた田中千穂子先生（現、花クリニック臨床心理士）には、東京で年に数回開催される乳幼児心理臨床研究会において、2 年間御指導いただいた後、2000 年度には、当時の御所属先であった東京大学大学院にて、文部省（当時）内地研究員として受け入れていただき御指導頂いた。同大学の家族療法が御専門の亀口憲治教授、臨床心理学の研究レベルを引き上げようと挑戦を続けておられる下山晴彦教授、母性愛神話や子育て不安に造詣の深い大日向雅美

先生方をはじめ、さまざまな分野の諸先生方とその御家族には言い尽くせぬ感謝の思いを捧げたい。長年にわたって自らを犠牲にしながらも教育の場とはどうあるべきなのか、人を支えるとはどういうことなのかということを経験する日々を共にすることで教えていただいた。臨床心理学の功罪について考える長い旅が始まった頃である。この過程で、援助実践だけでなく、援助実践に関する研究を行うという行為自体が、臨床心理学的アプローチの有用性を保ち、逸脱を防ぐことにもなるのではと考え、今日に至っている。

また、ゼミの先輩である倉石哲也武庫川女子大学教授には、折に触れてあたたかくて冷静、かつ、的確なアドバイスを頂戴した。

その他、お名前をあげられなかった多くの皆様に、これまでの御指導、御支援を改めて御礼申し上げます。

最後に、常に支え、時に叱咤激励をしながらも寄り添ってくれた夫を初めとした家族にも心から感謝を捧げたい。

毎週両親から届く手料理などの宅配便には、心身共に助けられた。

また、後に夫となる人から、初めて出会ったその日に、「学位取得を目指しているのですか」という質問を投げかけられたことが、日々の仕事をこなすのに精一杯だった筆者に、新たな方向性を見いだすきっかけとなったといっても過言ではない。新婚当初から厳しい日常を共に生き抜き、常に支え続けてくれた。神戸大学大学院進学後は、日々家事分担率が増加してだけでなく、それまでにも増して、PCの整備や日々のありとあらゆるサポート、最初の読者としてのディスカッションに応じてくれるなど、どれほど頼りになったことか知れない。

今まで伝えたことが無かったが、夫の方が、筆者よりもずっと援助者に向いている。

これまで、多くの方々に支えていただいた。この博士論文の研究成果が、ささやかな感謝のしるしとなり、これからの親子支援に少しでも貢献できるものとなれば幸いである。

2014年7月17日

瀬々倉 玉奈